

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DEPRESSIVIDADE E RESILIÊNCIA NA POPULAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA**

**Francisco Aguiar de Oliveira Ribeiro**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicologia Clínica**  
**Dinâmica**

**2020**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DEPRESSIVIDADE E RESILIÊNCIA NA POPULAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA**

**Francisco Aguiar de Oliveira Ribeiro**

**Dissertação orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Henriques Calado**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicologia Clínica  
Dinâmica**

**2020**

*Diz-te a canção do medo*  
*Vê se um dia o tempo não vos traz*

## Resumo

O foco da presente investigação são os traços depressivos da personalidade e a sua relação com a resiliência-traço na população universitária normativa, de acordo com tendências internalizantes (GI) e externalizantes (GE). Os principais objetivos relacionam-se com (1) caracterizar a expressão da depressividade e das suas dimensões em GI e GE (2) caracterizar a expressão da resiliência-traço e das suas dimensões em GI e GE, (3) analisar as relações entre a depressividade e as suas dimensões e resiliência-traço e as suas dimensões em GI e GE, e (4) explorar modelos de predição da depressividade e das resiliência-traço, em GI e GE. A amostra do GI é composta por 36 participantes, com idade igual ou superior a 18 anos ( $M = 26.50$  anos;  $DP = 5.10$  anos), a amostra do GE é composta por 24 participantes de idade igual ou superior a 18 anos ( $M = 26.33$  anos;  $DP = 5.24$  anos). Como instrumentos de avaliação, foram utilizados o *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5), o Inventário dos Traços Depressivos (ITD) e a *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC). Os resultados demonstram que a dimensão Depressão de Fracasso (ITD) é mais elevada em GE; a dimensão Confiança (CD-RISC) é marginalmente mais elevada em GI. No GI, as variáveis de depressividade encontram-se negativamente correlacionadas com os fatores da resiliência, excetuando com a Influência Espiritual; no GE, a depressividade do ITD Total está negativamente correlacionada com a resiliência do CD-RISC Total, da Competência e da Confiança, a depressividade do fator Depressão de Fracasso está negativamente correlacionada com a resiliência do CD-RISC Total, da Competência e da Confiança, a depressividade do fator Depressão Perfeccionista está negativamente correlacionada com a resiliência do fator Confiança, e a depressividade do fator Depressão Relacional com a resiliência do CD-RISC Total, da Competência e Confiança. No GI, o fator de resiliência Competência demonstra-se como um preditor comum à generalidade das análises, enquanto que no GE os preditores de resiliência Competência, Influência Espiritual e Confiança contemplam no seu conjunto a maioria dos modelos explicativos. A depressividade e resiliência-traço têm efeitos contrários no decurso da saúde mental, tendo também influências de sentido contrário na expressão e prevalência de cada uma.

**Palavras-chave:** Personalidade; Psicopatologia; PID-5; ITD; CD-RISC; Saúde Mental.

## Abstract

The current work focuses on the depressive personality traits and their relationship with trait-resilience in normative Portuguese university students, differing in internalizing (IG) and externalizing (EG) tendencies in functioning. The main objectives are to (1) characterize the expression of depressiveness and its dimensions in IG and EG, (2) characterize the expression of trait-resilience and its dimensions in IG and EG, (3) analyze the relationship between depressiveness and its dimensions and trait-resilience and its dimensions in IG and EG, and (4) explore possible predictive relationships between depressiveness and its traits and trait-resilience and its traits, in IG and EG. The sample in IG is composed of 36 participants, aged 18 years or over ( $M = 26.50$  years;  $SD = 5.10$  years), in EG, the sample is composed of 24 participants, aged 18 years or over ( $M = 26.33$  years;  $SD = 5.24$  years). As instruments for evaluation, we use the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), the Depressive Traits Inventory (ITD) and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Results show that ITD's dimension *Depressão de Fracasso* is higher in EG. On the other hand, CD-RISC's Confidence dimension is marginally higher in IG. In IG, depressiveness' variables are negatively correlated with resilience factors, except for Spiritual Influence; in EG, ITD Total's depressiveness is negative correlated with CD-RISC Total, Competence and Confidence's resilience, *Depressão de Fracasso* factor's depressiveness is negatively correlated with CD-RISC Total, Competence and Confidence factors' resilience, *Depressão Perfeccionista* factor's depressiveness is negatively correlated with Confidence factor's resilience, and *Depressão Relacional* factor's depressiveness with CD-RISC Total, Competence and Confidence factors' resilience. In IG, resilience Competence factor is revealed as a common predictor in the generality of the analyses, while in EG, resilience predictors Competence, Spiritual Influence and Confidence make up for the majority of the explanative models. Depressiveness and trait-resilience seem to have contradictory effects on the outcome of mental health. Both these traits show simultaneously contrary influences on the onset and prevalence of each other.

**Keywords:** Personality; Pyschopathology; PID-5; ITD; CD-RISC; Mental Health.

## Índice

<b>RESUMO .....</b>	<b>I</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>II</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>	<b>V</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
1.1. A Saúde Mental .....	4
1.2. Funcionamentos Internalizante e Externalizante.....	6
1.3. Os Traços e a Dimensão Depressiva da Personalidade .....	9
1.4. A Resiliência .....	14
1.5. A Personalidade Depressiva, a Resiliência e os Tipos de Funcionamento .....	17
<b>2. OBJETIVOS E HIPÓTESES .....</b>	<b>20</b>
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>21</b>
3.1. Participantes .....	21
3.1.1. Grupo Externalizante .....	21
3.1.2. Grupo Internalizante .....	22
3.2. Instrumentos .....	23
3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	23
3.2.2. Inventário da Personalidade para o DSM-V (PID-5).....	23
3.2.3. Inventário de Traços Depressivos (ITD).....	24
3.2.4. Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC).....	25
3.3. Procedimento.....	26
3.4. Procedimento Estatístico .....	27
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>27</b>
4.1. Depressividade e Dimensões Depressivas da Personalidade .....	27
4.2. A Resiliência-traço .....	28
4.3. Análise das Relações entre Variáveis.....	29
4.3.1. Correlações entre as Variáveis Traços Depressivos de Personalidade e Resiliência-traço nos Grupos Internalizante e Externalizante .....	29

4.3.2. Modelos de Regressão Linear para os Grupos Internalizante e Externalizante .....	32
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
5.1. Exploração das Associações entre as Variáveis Depressividade e Resiliência-traço nos Grupos Internalizante e Externalizante.....	35
5.2. Exploração das Relações entre a Depressividade e as suas Dimensões e a Resiliência-traço nos Grupos Internalizante e Externalizante.....	36
5.3. Análise das Dimensões de Resiliência que Predizem a Depressividade e as suas Dimensões nos Grupos Internalizante e Externalizante .....	37
5.3.1. Análise das Dimensões de Resiliência que Predizem a Depressividade e as suas Dimensões no Grupo Internalizante .....	38
5.3.2. Análise das Dimensões de Resiliência que Predizem a Depressividade e as suas Dimensões no Grupo Externalizante .....	39
CONCLUSÕES.....	41
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>44</b>

## Índice de Quadros

### Quadro 1

*Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas no Grupo Externalizante.....22*

### Quadro 2

*Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas no Grupo Internalizante.....23*

### Quadro 3

*Distribuição dos Valores Médios e Desvios-Padrão no ITD entre os Grupos Internalizante (GI) e Externalizante (GE).....28*

### Quadro 4

*Distribuição dos Valores Médios e Desvios-Padrão no CD-RISC entre os Grupos Internalizante (GI) e Externalizante (GE).....29*

### Quadro 5

*Correlação de Pearson entre os Valores Totais do ITD e do CD-RISC e das Respetivas Dimensões para o Grupo Externalizante.....30*

### Quadro 6

*Correlações de Pearson entre os Valores Totais do ITD e do CD-RISC e Respetivas Dimensões para o Grupo Internalizante.....31*

### Quadro 7

*Resultados da Regressão Linear Múltipla para o Grupo Externalizante.....33*

### Quadro 8

*Resultados da Regressão Linear Múltipla para o Grupo Internalizante.....34*



## *Introdução*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), a saúde mental não pode conceptualizar-se como a ausência de doença, o que significa que a ausência de uma patologia do foro mental não assegura necessariamente uma boa saúde mental, nem tão pouco podemos dissociar a saúde mental da saúde física (Almeida, 2020). É, sim, um estado em que bem-estar físico, mental e social se intercomplementam, possibilitando ao indivíduo a realização das suas atividades, a capacidade de lidar com as questões da sua vida, podendo ser produtivo no trabalho e contribuir para a vida em comunidade (Almeida, 2020)

Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM, 2019), mais de um quinto de todos os portugueses (22,9%) sofre de uma patologia mental, sendo Portugal o segundo país com maior prevalência de doenças mentais a nível europeu. Mais especificamente, a SPPSM (2019) estima que cerca de 20% da população Portuguesa tenha sofrido, sofra ou venha a sofrer de depressão ao longo da sua vida, constituindo a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis (SPPSM, 2019), bem como a perceção de uma vivência subjetivamente menos positiva e prazerosa. A depressão, em termos de perturbação e considerando várias hipóteses explicativas para a sua manifestação (e.g. predisposição genética, fatores ambientais, experiências traumáticas), conta assim com uma elevada prevalência tanto ao nível nacional como a nível mundial. Por seu turno, a psicologia clínica psicodinâmica tem vindo a estudá-la na sua relação com a dimensão depressiva da personalidade, perspetiva em que esta dissertação se insere.

A incidência e prevalência de patologias mentais, em particular a depressão, têm vindo a registar uma tendência de crescimento na população universitária (Ceyhan, Ceyhan, & Kurtyılmaz, 2009), fenómeno que acarreta consequências negativas para a saúde mental, as relações interpessoais, o aproveitamento académico e, futuramente, o percurso profissional dos indivíduos que sofram de doenças do foro mental (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013). Bruffaerts et al. (2018) referem que não só a depressão – que se insere nas doenças de tipo internalizante - deve ser considerada como fator de risco para o decréscimo do aproveitamento académico. Tanto as psicopatologias de tipo internalizante (e.g. depressão, perturbações de sono, ideação suicida) como as de tipo externalizante (e.g. impulsividade, dificuldades inibitórias da agressividade, défice de atenção) surgem associadas ao decréscimo da média final e, portanto, ao menor aproveitamento académico.

Vredenburg, O'Brien e Krames (1988) referem ainda que a depressão tem um papel de risco como precipitante do suicídio, sendo este ato 50% mais provável em estudantes universitários do que em pessoas da mesma idade que não frequentem o ensino superior. Por outro lado, dados do estudo de Hunt e Eisenberg (2010) sugerem que, apesar da crescente prevalência de doenças mentais nesta população, não se assiste a um crescimento de procura de ajuda psicológica. Assim, o estudo da população universitária portuguesa de acordo com os seus estilos de funcionamento potencialmente patológicos assume-se como ponto de interesse da presente investigação.

As perturbações mentais e os fatores de risco a elas associados contribuem significativamente para o decréscimo da saúde mental (Sherbournn, Hays, & Hays, 1995), no entanto, a sua expressão e incidência são influenciadas – e, consequentemente, também a perceção subjetiva do nível de saúde mental - por fatores de proteção, como a resiliência, que assume um papel determinante (Troy & Mauss, 2011). Dados sugerem que indivíduos com diferentes níveis de resiliência, ainda que expostos às mesmas condições predisponentes para o desenvolvimento de patologia mental, poderão ter desfechos diferentes no desenvolvimento e na expressão da psicopatologia (Stainton et al., 2019).

O conceito de resiliência não é consensual na literatura; Herrman et al. (2011) sugerem, na sua meta-análise, uma definição que considera vários pontos revisitados nas publicações acerca do tema: a resiliência é uma “adaptação positiva, ou a capacidade de manter ou recuperar saúde mental, apesar da adversidade” (p. 260). Existem modelos de fundamentação do treino e aprendizagem de resiliência, com vista à sua manutenção (e.g. Booth & Neil, 2017; Ijadi-Maghsoodi et al., 2017; IJntema, Burger, & Schaufeli, 2019). Não obstante, a dimensão da resiliência abordada na presente dissertação será a resiliência-traço, que é conceptualizada como um traço de personalidade com relativa estabilidade ao longo do decurso da vida, funcionando como a capacidade do indivíduo de retornar ou melhorar a sua homeostasia biopsicoespiritual (Connor & Davidson, 2003).

A literatura quanto resiliência na qualidade de fator protetor face à depressão-sintoma ou à depressão-perturbação é extensa (e.g. Edward, 2005; McDonnell & Semkovska, 2020; Poole, Dobson, & Pusch, 2017), não existindo, porém, estudos que afirmam a mesma qualidade de fator protetor em relação à dimensão depressiva da personalidade. A depressividade, como conceptualizada por Campos (2013), mantém no indivíduo uma cronicidade e estabilidade dos sinais depressivos, afirmando-se como uma estrutura

existente num contínuo da personalidade normativa, que comporta as várias características depressivas, configurando as várias formas de depressão e os fatores de vulnerabilidade às suas formas clínicas. Por isto, é importante compreender a expressão e interação da depressividade e da resiliência na população universitária.

O interesse nesta investigação prende-se com a noção prévia da existência de um adoecimento psicológico que tem vindo a instalar-se na população do ensino superior, sendo importante perceber contornos específicos desta temática no contexto universitário português, o que poderá possibilitar a adoção de estratégias de prevenção, manutenção e melhoramento da saúde mental.

A investigação que a seguir é apresentada divide-se em seis secções: na primeira, é realizado o enquadramento teórico, em que são abordados os conceitos de Saúde Mental, de Dimensão Depressiva da Personalidade, de Resiliência e de Funcionamentos Internalizante e Externalizante, de acordo com a revisão de literatura realizada; na segunda secção, descrevem-se os objetivos e as hipóteses do estudo; na terceira, são descritos o método de investigação, os participantes, os instrumentos utilizados e o procedimento estatístico; na quarta secção, apresentam-se os resultados estatísticos; na quinta, são discutidos os resultados encontrados; na sexta e última secção, apresentam-se as conclusões, as limitações e sugestões de linhas orientadoras para futuros estudos.

## 1. Enquadramento Teórico

### 1.1. A Saúde Mental

Como já mencionado na introdução, a saúde mental é parte integrante do nível de saúde (Prince et al., 2007). Os conceitos de saúde mental e de doença mental estão interligados, mas a presença de um não significa necessariamente a ausência do outro (Westerhof & Keyes, 2010); Numa revisão de literatura, Westerhof e Keyes (2010), apresentam uma definição positiva de saúde mental associada ao bem-estar psicológico, esta definição assenta em seis pilares: auto-aceitação, propósito na vida, autonomia, relações interpessoais positivas, mestria no ambiente e crescimento pessoal. Estes conceitos são coincidentes com o sentido da definição da World Health Organization (WHO, 2005).

Prince et al. (2007) atentam para o facto de que as doenças mentais são, cada vez mais, a causa dominante de prevalência de doença a nível mundial nos países desenvolvidos, o que, conseqüentemente, parece concorrer para níveis mais elevados de mortalidade, isto é, baixos níveis de saúde mental, que se relacionam com níveis baixos de emoções positivas e de satisfação com a vida, estão associados ao aumento de risco de mortalidade tanto em populações saudáveis como em populações com perturbações físicas já existentes (Keys & Simões, 2012).

Particularmente na população universitária, o aumentado reportado tem sido preocupante (Macaskill, 2012; Pedrelli et al., 2015; Topham & Moller, 2011; Vredenburg et al., 1988), mesmo que possa argumentar-se que este aumento é devido a uma banalização da prescrição de medicamentos a crianças em idade escolar, o que poderá contribuir com alguns indivíduos para a estatística (Pedrelli et al., 2015). Os riscos potenciais após desenvolvimento de uma patologia mental são, para os indivíduos desta população, muito elevados, dado que representam oportunidades de mudança futuras para as comunidades em que operam (Ibrahim et al., 2013). Por isto, e considerando que o instalar de uma psicopatologia nesta fase de vida poderá causar perdas em termos de relações interpessoais, satisfação geral com a vida e problemas de *performance* e aproveitamento académico e laboral (Harvey et al., 2011; Hysenbegasi, Hass, & Rowland, 2005), a incidência de doenças mentais na população universitária deve ser exaustivamente estudada.

Os universitários são parte integrante da faixa etária dos jovens adultos/adultos emergentes. Segundo Arnett (2014), os contornos da vida dos indivíduos desta faixa etária mudaram em grande escala nos últimos 50/60 anos: as mudanças demográficas,

económicas e sociais, o peso acrescido da necessidade de mais qualificações e do prolongamento dos estudos, que são mudanças decorrentes da evolução da sociedade, concorrem para uma fase de maior instabilidade, marcada pelas mudanças da passagem da adolescência para a entrada na vida adulta. Anteriormente, esta passagem era caracterizada pelo ultrapassar de etapas e conquistas sociais, como o emprego ou o casamento, assim como a estabilidade de processo que se adquire com estas conquistas (Billari & Liefbroer, 2010). Este processo é, atualmente, mais longo, o que acarreta maior tempo de exploração pessoal e social de diferentes oportunidades e sentidos de vida, contribuindo para o estender de momentos de ansiedade e incertezas que se aliam a esta exploração (Arnett, 2010). É, então, um processo complexo e diversificado, que marca um período distinto do desenvolvimento (Arnett, 2014), especialmente se forem tidos em conta os desafios intrínsecos a esta fase, como a mudança de ambiente, a pressão académica e a conciliação trabalho-faculdade (Pedrelli et al., 2015).

Dados os argumentos anteriores, a fase de desenvolvimento dos adultos emergentes parece ser particularmente dada a instabilidade e desequilíbrios psicológicos e, dentro da mesma faixa etária, dada também a uma heterogeneidade do desenvolvimento e de estabelecimento da personalidade (Schwaba & Bleidorn, 2017).

Ao mesmo tempo que assistimos ao aumento da prevalência de patologias mentais nos universitários, os dados acerca da procura de apoio psicológico e psiquiátrico não aparentam acompanhar essa tendência de crescimento. De acordo com Jorm (2012), a perceção que a população geral tem das doenças mentais e do seu acompanhamento difere da perceção relativa às doenças do foro físico, algo que se reflete nos apoios providenciados e mesmo nos profissionais de saúde. Para as doenças físicas, existem planos de prevenção, intervenção precoce e tratamento estabelecidos, o que permite, em última instância, uma compreensão transversal desse tipo de problemas (Jorm, 2012).

Ahmedani (2011) avança mesmo a ideia de que existe um estigma à volta da doença mental, estigma esse alimentado e perpetuado socialmente e pelos profissionais de saúde, existindo evidência de uma diferença de tratamento entre pacientes com rótulo de psicopatologia e pacientes com funcionamento dito normativo (Ahmedani, 2011). Esta pressão social parece contribuir para maiores dificuldades na decisão acerca da procura de ajuda psicológica e mesmo para o ignorar de sinais e indicadores da presença de psicopatologias, o que, em última instância poderá afetar a autoperceção, a situação profissional e de habitação, bem como as relações interpessoais das populações (Sickel, Seacat, & Nabors, 2014). Mesmo quando o apoio é procurado, parecem existir

dificuldades na aceitação e no investimento do tratamento, o que compromete os resultados possíveis das terapias psicológica e psiquiátrica (Sickel et al., 2014).

## **1.2. Funcionamentos Internalizante e Externalizante**

A pesquisa nosológica em psicopatologia tem vindo a encetar tentativas de encontrar critérios específicos para o diagnóstico diferencial de doenças do foro mental ao longo do desenvolvimento, porém, indícios de comorbilidade entre patologias diferentes têm vindo a aumentar (Sellis et al., 2019), sendo que o mesmo se passa entre os sinais e sintomas dos espectros internalizante e externalizante que abaixo são definidos.

As perturbações do foro internalizante são definidas por comportamentos tipicamente infletidos, cuja sintomatologia se associa predominantemente a comportamentos de controlo excessivo (Gaumon & Paquette, 2013). Os sintomas internalizantes estão associados, no seu extremo de gravidade, a perturbações de humor, de ansiedade, a fobias e perturbações de pânico que, apesar de representarem entidades nosológicas maioritariamente distintas, parecem ligadas por um fator internalizante geral (Fergusson, Horwood, & Boden, 2006).

De acordo com Goodwin, Fergusson e Horwood (2004), dados indicam que crianças caracterizadas como tímidas e que demonstrem comportamentos ansiosos ou de retirada têm elevadas probabilidades de desenvolver uma patologia do espectro internalizante numa idade mais avançada, conduzindo a possíveis sequelas ainda enquanto crianças, como sofrimento pessoal, problemas interpessoais ou mesmo baixa assiduidade escolar (Bayer & Hemphill, 2009). Em etapas ulteriores, como na universidade, problemas internalizantes (e.g. a depressão) poderão dar azo a baixo aproveitamento académico, menor qualidade nas relações interpessoais, isolamento e ideação suicida (Biasi et al., 2017).

O desenvolvimento deste tipo de problemas é influenciado por *stress* familiar, estilos parentais e características idiossincráticas à criança (Bayer & Hemphill, 2009). O distanciamento e a frieza parentais, estilos autoritários ou demasiado protetores parecem concorrer para o surgimento deste funcionamento nas crianças (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006). A clareza emocional – capacidade de exprimir e compreender emoções -, como também decorrente e resultado do diálogo pais-criança, surge como questão pertinente, de acordo com Park e Naragon-Gainey (2019), que encontraram associações entre este conceito e a sintomatologia internalizante (e.g. baixa clareza emocional em estudantes universitários que reportavam sintomas depressivos). Desta feita, pode afirmar-se que as tendências para o funcionamento internalizante parecem assentar em

dificuldades na regulação emocional, cuja origem se circunscreve às fases iniciais do desenvolvimento infantil (Gross & Jazaieri, 2014)

Fergusson et al. (2006) atribuem a elevada possibilidade do surgimento de sequelas de patologias de tipo internalizante a, como referido acima, um fator internalizante geral. Este fator aparenta existir em estreita relação com o traço de personalidade Neuroticismo, permitindo prever o aparecimento de formas diferentes da expressão inicial da psicopatologia ou a manutenção da expressão inicial ao longo do tempo (Fergusson et al., 2006). Por seu turno, Kotov et al. (2017) demonstram também a importância deste fator na explicação da variabilidade das patologias do espectro internalizante. Naragon-Gainey e Watson (2018) associaram o fator Neuroticismo ao nível de clareza emocional, determinando que indivíduos com elevados resultados no fator Neuroticismo e com elevada clareza emocional têm elevada probabilidade de regredir para um estado ruminativo na tentativa de melhor compreender o afeto negativo.

Por outro lado, indivíduos com elevados valores de Neuroticismo e baixos valores de clareza emocional vão, provavelmente, tentar suprimir e evitar lidar com esse afeto negativo, o que, por sua vez, poderá fazer com que o desconforto emocional se expresse de outra forma (i.e. para fora) (Naragon-Gainey & Watson, 2018). Assim, a clareza emocional aparenta estar intimamente ligada à labilidade emocional, que demonstra ser um forte preditor de perturbações depressivas e de ansiedade, integrantes do espectro internalizante (Stringaris & Goodman, 2009a), podendo, porém, ser preditora de patologias do foro externalizante, consoante o comportamento resultante (i.e. agressividade face à adversidade) (Stringaris & Goodman, 2009b)

Como avançado no início do presente capítulo, existe a possibilidade de sobreposição dos sinais, sintomas e mesmo fatores de ambos os tipos de funcionamento, como é o caso do Neuroticismo, que se assume como um indicador geral para a probabilidade de desenvolvimento de patologia mental (Miller & Pilkonis, 2006). De tal forma que é possível que determinado comportamento interpretado e, por isso, considerado como pertencente à esfera do funcionamento internalizante ou do funcionamento externalizante poderá ter origem em sintomas do funcionamento oposto (e.g. uma criança que demonstra traços de condutas agressivas poderá fazê-lo devido a níveis elevados de ansiedade que, não digeridos, a levam a expressá-la de outras formas) (Sellis et al., 2019).

Segundo Bayer et al. (2012), a perceção de *stress* proveniente da figura materna por parte da criança e perceção também de baixas expectativas para o desenvolvimento da criança e estilos parentais de dura disciplina surgem como preditores do aparecimento de

patologias mentais de ordem externalizante. A hostilidade patente neste estilo parental parece contribuir significativamente para o aumento da irritabilidade e da raiva nas crianças ao longo do tempo (Oliver, 2015). Pode definir-se, desta forma, a conduta de tipo externalizante como a expressão de sofrimento para o ambiente externo, como forma a apaziguar esse dito sofrimento; tal poderá causar o que pode ser considerado uma adição, incorporando em última instância um modo de funcionamento (Perera et al., 2012).

Em etapas desenvolvimentais mais tardias, como a adolescência, a sintomatologia externalizante adota contornos mais severos (Campos et al., 2014), passando de ações consideradas de crianças de difícil trato (Bayer et al., 2008) a comportamentos agressivos, delinquência e perturbações de oposição (Campos et al., 2014). Na fase adulta, estes ditames terão contornos de comportamentos abertamente antissociais, agressivos e de *acting out*, como o alcoolismo que é particularmente patente na fase de vida dos estudantes universitários (Hammerton et al., 2020).

A par de características como a agressividade e a impulsividade, a incapacidade de adiamento da gratificação – i.e. incapacidade de regulação emocional e comportamental voluntariamente – surge associada comportamentos da esfera externalizante, mesmo em jovens adultos (Meehan et al., 2013); de realçar, no entanto, que a incapacidade de adiamento da gratificação funciona como um indicador especialmente robusto para as perturbações externalizantes quando na presença de uma propensão para experienciar afeto negativo (i.e. Neuroticismo; Meehan et al., 2013).

Forbush e Watson (2013) ligam o funcionamento do espectro externalizante a níveis elevados no traço de personalidade Neuroticismo, de Desinibição e de Antagonismo, algo que Kotov et al. (2017) vêm também propor por via da ligação entre os traços de personalidade e o Inventário da Personalidade para o DSM-V (PID-5; Krueger et al., 2012).

Assim, existe uma ligação aparente entre os estilos de funcionamento internalizante e externalizante e o desenvolvimento da personalidade. As experiências primárias e infantis parecem ter uma ponderação elevada tanto no desenvolvimento das perturbações dos espectros internalizante e externalizante como na edificação da personalidade. Em simultâneo, as perturbações características de cada um dos espectros assumem consequências negativas ao longo do desenvolvimento (Farmer et al., 2009). Por isto, o estudo destes tipos de funcionamento na população universitária parece extremamente pertinente.



### **1.3. Os Traços e a Dimensão Depressiva da Personalidade**

A individualidade de cada pessoa remete para a sua estrutura de personalidade, constituída por sistemas psicológicos dinâmicos de organização interna – os traços. Ao reagir às alterações do meio, a estrutura de funcionamento dos indivíduos é pautada por tentativas sucessivas de adaptação ao meio em que existem, o que vai, desde a infância, criar padrões de comportamento, pensamento e sentimento relativamente estáveis (Chamorro-Premuzic, 2011). A personalidade começa a erguer-se, então, desde a infância, através das situações que o sujeito presencia – participando nelas ou não (Mischel, 1996) – e através da forma de resolução destas situações (Buss, 2008). Este desenvolvimento promove uma sensação de continuidade, contando com características, objetivos e histórias de vida idiossincráticas (McAdams & Olson, 2010).

O conceito de estabilidade que se alia à sensação de continuidade - de formas de pensamento e ação em esferas referentes ao autoconhecimento, julgamento social e de relações interpessoais (Nowak, Vallacher, & Zochowski, 2005) - é, de acordo com Schwaba e Bleidorn (2018), relativo à fase da vida em que o indivíduo se encontra, existindo, portanto, períodos de maior desequilíbrio e desestruturação psicológica na vida de cada um. Como avançado na introdução, a fase da vida dos adultos emergentes, na qual podemos colocar os estudantes universitários, é especialmente dada a instabilidade e desequilíbrios (Hunt & Eisenberg, 2010). É uma fase que, atualmente em particular, contabiliza um número elevado de condicionantes e mudanças que contribuem para maiores dificuldades de adaptação e consolidação pessoais (Arnett, 2014).

Apesar destas características, a personalidade de um indivíduo não é algo palpável ou facilmente perceptível, como referido por Westen, Gabbard e Ortigo (2008), estando a sua avaliação dependente de processos e acontecimentos externos e internos, que poderão ser conscientes ou inconscientes, e que configuram formas e estilos de pensamento, resposta e sentimento (Weinberger, 1998).

A personalidade é debatida segundo várias perspetivas. Os modelos psicanalíticos conceptualizam a personalidade de acordo com fases de desenvolvimento e mecanismos de defesa utilizados na interação com o ambiente (Westen et al., 2008). Assim, são as reações afetivas, decorrentes de relações anteriores e primitivas que permanecem inacessíveis, que demonstram os conflitos internos latentes (Shaver & Mikulincer, 2005).

As perturbações de personalidade são, por seu turno, consideradas quanto à fixação ou predominância de características de cada fase de desenvolvimento e da utilização de mecanismos de defesa mais ou menos maduros (i.e. mais ou menos adaptativos), que em

última instância são empregues na tentativa de diminuir a dissonância cognitiva em relação ao ambiente (Vaillant, 1994). São também conceptualizadas como parte integrante de um contínuo entre formas adaptativas (i.e. funcionamento normativo) e maladaptativas (i.e. funcionamento patológico) do desenvolvimento da personalidade (Vincent, 1990). A personalidade depressiva/depressividade é, da mesma forma, definida segundo um contínuo, no desenvolvimento da linha depressiva em conformidade com o desenvolvimento normativo (Campos, 2008).

De acordo com Klein e Miller (1993), a estrutura depressiva apresenta características como baixa autoestima, baixa energia, fraca capacidade de concentração ou de tomar decisões e desespero, sendo estes sintomas equivalentes aos quadros depressivo major ou distímia. No entanto, enquanto traço depressivo existindo num contínuo, a sintomatologia persiste com maiores estabilidade e durabilidade, sendo que episódios depressivos, por exemplo, seriam expressões mais graves do funcionamento depressivo (Klein & Miller, 1993).

Campos (2008) conceptualiza a interação entre a personalidade e as depressões do humor segundo três modelos principais: patoplástico, etiológico e de espectro. O modelo patoplástico pressupõe que, apesar de terem origens diferentes, a depressão e a personalidade têm características que se sobrepõem e se influenciam mutuamente, concorrendo para o surgimento e manutenção da perturbação (Klein, Kotov, & Bufferd, 2012). Desta forma, os traços pré-mórbidos influenciam a expressão e a utilidade da sintomatologia depressiva (i.e. a sintomatologia depressiva de um indivíduo marcadamente introjetivo tem elevada probabilidade de revolver em torno de “sentimentos de culpa, fracasso e auto-desvalorização”; Campos, 2008, p. 2)

Por sua vez, o modelo etiológico pressupõe que determinadas características da personalidade predisporiam o indivíduo a sentir-se deprimido, aumentando a sua suscetibilidade a fatores externos (Millon, 1996). Por outro lado, um indivíduo com um tipo de personalidade que crie conflitos à sua volta poderá forçar o surgimento de eventos negativos que, por conseguinte, causem episódios depressivos (Campos, 2008).

Os modelos de espectro assumem uma sobreposição conceptual entre certos traços de personalidade e as perturbações depressivas, sendo consideradas fases ou manifestações do mesmo processo patológico, existindo, portanto, num contínuo de gravidade (Klein et al., 2012). Assim, um estilo de personalidade é considerado uma manifestação mais ténue e com menor intensidade de um processo patológico (Campos, 2008).

No entanto, estes modelos não dão conta da plasticidade e caráter dinâmico dos traços de personalidade – têm um caráter mais maleável na infância, mas podem sofrer grandes alterações perante eventos fraturantes (Ormel & de Jong, 1999). Tanto que, apesar de podermos conceptualizar a normalidade e a psicopatologia (i.e. os funcionamentos normativo e patológico) também num contínuo, a aferição destes traços e das reações a determinadas áreas da vida está circunscrita às variáveis externas atuais na fase em que o indivíduo é avaliado (Sabshin, 2005).

Apesar de na tentativa de descrever fenómenos supostamente distintos, a literatura de estudos psicanalíticos e da psiquiatria e fenomenologia alemãs converge no sentido de um fundo teórico para a personalidade depressiva, delineando dois subtipos principais: a personalidade depressiva dependente/anaclítica e a personalidade depressiva autocrítica/introjetiva (Campos, 2013).

A personalidade depressiva de tipo dependente/anaclítico tem origem na fase da oralidade, em características associadas à dependência primária da satisfação de necessidades básicas por parte do objeto de amor primário (mãe). De acordo com Blatt (2008), indivíduos que mantenham organizações próximas a esta fase estarão mais focados numa polaridade do desenvolvimento a que chama “interpessoalidade” (i.e. *relatedness*), na qual a angústia primordial é a do abandono, suscitando sentimentos de desamparo, fraqueza e esvaziamento (Campos, 2013).

Por outro lado, a personalidade depressiva de tipo introjetivo, caracterizada por uma má resolução das tarefas desenvolvimentais da fase da analidade, consiste na absorção de valores, processos e proibições do exterior (i.e. da cultura, dos modelos que tem presentes) que se consolidam de uma forma rígida e punitiva no Superego. Segundo Blatt (2008), este tipo de depressividade situa-se no polo oposto do conflito desenvolvimentista, a que chama autodefinição. Os problemas decorrerão, assim, da dificuldade/impossibilidade de corresponder aos ideais introjetados, o que poderá causar sentimentos de incapacidade, não merecimento de amor e culpa (Campos, 2013).

De reforçar, porém, que estes tipos de depressividade existem num polo maladaptativo do desenvolvimento, sendo que as tendências para a interpessoalidade e para a autodefinição representam tarefas desenvolvimentais que, se equilibradas, convergem no sentido de um funcionamento normativo (Campos et al., 2014).

Blatt (2004) conclui que estes dois estilos vinculativos e relacionais que, posteriormente, contribuem para determinadas configurações de personalidade são especialmente suscetíveis ao afeto depressivo: do lado anaclítico, características

dependentes na personalidade ao nível de necessidades de satisfação básicas que fariam emergir episódios depressivos, exacerbados aquando de perturbações nas relações interpessoais, existindo uma tendência sadomasoquista encoberta; do lado introjetivo, particularidades da esfera da inferioridade, com sentimentos de culpa, devidos à introjeção de um superego castigador e castrante, que leva a uma inflexão da agressividade contra o próprio, sentimentos estes acrescidos quando os indivíduos se deparam com situações de ameaça à sua autoestima ou de prova das suas capacidades. No entanto, a estrutura depressiva não pressupõe necessariamente o aparecimento de episódios depressivos (Campos, 2008).

Coimbra de Matos (2014) acrescenta que o pano de funcionamento da personalidade depressiva é a inferioridade, a frustração da falta do desejado, reiterando aqui a importância da vinculação e do solidificar dessa relação objetal, como Blatt (2004), e de uma relação equilibrada, suficientemente boa com o objeto de vinculação (Winnicott, 1956).

A depressão clínica e a personalidade depressiva são diferentes, mesmo que com características comuns (Campos, 2008). Coimbra de Matos (2014) argumenta que, na depressão, existe uma perda real ou do objeto, situando-a no limite de um luto patológico, na medida em que a perda não é corretamente assimilada. O mesmo autor diz que a depressividade, o funcionamento depressivo, provém da frustração da impossibilidade de concretização de um desejo ou fantasia, frustração esta nunca digerida. Estes sentimentos, por seu turno, resultam de um hiperinvestimento da mãe do indivíduo nos primeiros meses da sua vida – em termos de estimulação e exigência – e subsequente hiperfrustração aquando da não correspondência do filho por sua incapacidade. Este comportamento da mãe resulta da relação introjetada com o seu próprio pai, que a frustrou e castrou, tendo ficado cristalizada numa imago parental com a qual o seu filho irá triangular, não podendo nunca vencer (por batalhar com uma idealização), chegando mesmo a desejar a morte dessa imago; desta forma, a organização depressiva surge também da culpabilidade inerente ao desejo da morte deste rival fantasmático. Esta descrição faz sentido também se olhada de uma perspetiva Kleiniana (2002), que menciona a posição depressiva: ao entender a mãe como objeto bom e mau, que ama e odeia – um objeto bifacial, para o depressivo, que tende a negar as propriedades más e a enaltecer as propriedades boas (Coimbra de Matos, 2014) -, a criança compreende também que a sua mãe é uma pessoa independente com a possibilidade de a deixar, o que desperta sentimentos de desesperança que tenta contrariar através de movimentos de possessão do objeto; por seu

turno, estes movimentos são sentidos pelo próprio como agressivos e destrutivos, chegando mesmo a pensar, onnipotentemente, que destruiu o objeto, criando sentimentos de culpa que só poderão ser apaziguados por movimentos de reparação – do objeto em si e da relação – que, se com sucesso, permitirão à criança progredir na posição depressiva. Caso contrário, é provável que a criança regreda para uma fase inicial da posição depressiva, ou mesmo para a posição esquizoparanóide.

Instala-se, portanto, no indivíduo uma depressividade generalizada, composta por traços egossintônicos – sentidos, enfim, como parte integrante do indivíduo e do seu funcionamento – “de que sobressaem o humor depressivo e a irritabilidade”, com a possibilidade de ocorrência de episódios depressivos “com sintomas egodistônicos, de desânimo, tristeza, inferioridade e culpa” (p. 13); originando este par a doença depressiva (Coimbra de Matos, 2001). Este tipo de organização é já detetável à infância, dada a “marcada dependência de um objeto provisor e protetor” – dependência oral-anaclítica -, sendo que se estende até fases mais avançadas do desenvolvimento (Coimbra de Matos, 2014). Olhando um extremo de gravidade – na depressão melancólica -, as pessoas com personalidades depressivas sediadas em ruturas mais primitivas chegam mesmo a desenvolver relações de tipo simbiótico, recuperando a relação inicial em todas as relações subsequentes. Evolutivamente falando, a seguir encontram-se as relações de cunho de complementaridade (Coimbra de Matos, 2014), nas quais o sujeito procura servir como “a outra metade” – diz-nos Coimbra de Matos (2014) que, dependendo do predomínio do masoquismo ou do narcisismo, o indivíduo procurará ser a metade forte ou a metade fraca, na certeza de necessidade de um Eu auxiliar.

A par e passo da linha do desenvolvimento depressivo encontra-se a linha do desenvolvimento narcísico, que se entrelaça de forma robusta com a supramencionada. É precisamente da falha narcísica, da sua insuficiência, que surge a depressividade. É a dualidade de ser investido e de poder representar-se segundo esse investimento, “ser único e ter rosto” (Coimbra de Matos, 1999, p. 4). É esta possibilidade de ser especial, fundada num “binómio resiliente” da mãe que olha e da criança que olha e é olhada que, segundo Coimbra de Matos (1999), providencia ao indivíduo a capacidade de resiliência, com a possibilidade inversa de, não sendo suficientemente investido, poder recair para a psicossomática – para a não tradução das suas necessidades, dos seus tempos e das suas características próprias (os elementos beta, que são crus e rudimentares) em elementos digeridos (elementos alfa, com significado) (Bion, 1962) – para, fundamentalmente, a depressão falhada.

Campos (2013), ao sublinhar a dificuldade na distinção entre sintomas depressivos crónicos e traços depressivos de personalidade, define a depressividade de acordo com o modelo de espectro, considerando os episódios depressivos como uma exacerbação dos traços de personalidade pré-mórbidos (i.e. uma personalidade de cariz essencialmente depressivo). Assim, a personalidade depressiva identifica-se através da sua estabilidade ao longo do tempo e não apenas pelo caráter egossintónico, visto que poderão surgir sintomas sentido como egodistónico. É um conceito contendor das várias características depressivas que se assume num contínuo correspondente aos sintomas que configuram as várias formas de depressão e os fatores de vulnerabilidade às suas formas clínicas. A doença depressiva corresponde tanto aos diferentes grupos de sintomas depressivos, como a uma dimensão da personalidade normativa (Campos, 2013)

#### **1.4. A Resiliência**

A resiliência, enquanto traço, representa a capacidade idiossincrática de um indivíduo se adaptar a condições adversas (Vaugh, Thompson, & Gotlib, 2011). Esta adaptação é descrita segundo a capacidade de recuperação, de resistência e de reformulação após o confronto com uma situação potencialmente traumática (Bensimon, 2012).

De acordo com Connor e Davidson (2003), a capacidade de lidar com eventos *stressores* é influenciada por experiências de adaptação anteriores – positivas ou negativas. As experiências de adaptação negativas são caracterizadas pela incapacidade de recuperação após perturbação do equilíbrio biopsicoespiritual ou mesmo regressão para estágios anteriores de resiliência. Havendo uma maioria de experiências negativas de adaptação, a probabilidade de utilizar continuar a utilizar recursos maladaptativos em situações futuras é elevada, o que corresponderá a baixos níveis de resiliência (Connor & Davidson, 2003). Níveis baixos de resiliência estão associados a níveis elevados de depressão, perceção de *stress* e ansiedade (Wagnild & Collins, 2009). Por outro lado, indivíduos com níveis mais elevados de resiliência poderão utilizar situações adversas para, depois do momento de desequilíbrio, aumentar o seu leque de estratégias de *coping* e, conseqüentemente, desenvolver-se (Herrman et al., 2011). Assim, a resiliência assume-se como componente importante na compreensão do decurso da saúde mental e do desenvolvimento individual.

Segundo o modelo de patologia em voga no século passado, indivíduos expostos a graves *stressores* exteriores ou interiores desenvolveriam necessariamente uma patologia

(Masten, 2001), contudo, existem indivíduos que, apesar de expostos às mesmas situações, têm desenvolvimento ulteriores (Herrman et al., 2011). Para além disto, existe evidência de que a presença de *stressores* ou outras experiências potencialmente traumáticas pode proporcionar crescimento psicológico e pessoal em indivíduos com níveis elevados de resiliência (Connor & Davidson, 2003; Skodol, 2010).

Apesar da falta de consenso em torno da definição de resiliência, a literatura parece colocá-la num plano de capacidade de manutenção (ou superação) de uma relativa normalidade após uma situação de adversidade (Herrman et al., 2011). É a chamada magia comum (Masten, 2001): comum por ser extremamente frequente e magia por, aparentemente, se revelar como um fator protetor em situações em que o desenvolvimento e a adaptação parecem comprometidos. Assim, a resiliência aparenta promover a manutenção do equilíbrio mental.

De acordo com Masten (2001), uma situação em que um indivíduo é considerado resiliente pode ser definida segundo dois construtos, sendo o primeiro a ocorrência e perceção de uma situação de contrariedade (potencialmente ameaçadora do estado de equilíbrio) e o segundo, decorrente do primeiro, uma adaptação resultante que possa ser considerada positiva. Indivíduos expostos a eventos potencialmente traumáticos (PTE – *potentially traumatic events*), que são eventos subjetivamente sentidos como traumáticos ou como causadores de stress, reportam poucas vezes o desenvolvimento de stress pós-traumático quando na presença da resiliência enquanto traço (Shebusky, Bowie, & Ashby, 2020). Apesar da sua qualidade de traço, a resiliência aparenta variar de acordo com a cultura, as circunstâncias e a etapa de vida (Masten & Wright, 2010), podendo ser conceptualizada segundo uma interação dinâmica entre as características individuais e os processos e variáveis do ambiente (Vara, Fernandes, Queirós, & Pimentel, 2016). Connor e Davidson (2003) consideram a resiliência um traço pessoal que atua como proteção e fator adaptativo ao meio através da moderação dos efeitos do *stress* (Wagnild & Young, 1993).

De acordo com Skodol (2010), traços de personalidade positivos ou caráteres fortes conferem uma adaptação positiva tanto aos eventuais *stressores* associados ao normal decurso da vida como aos mais incomuns, como perdas ou sentimentos adversos. A par da importância das variáveis pessoais, as variáveis contextuais aparentam ter também um peso relevante. Mais especificamente, Oshio et al. (2018) apontam para a ligação entre a resiliência e valores elevados nos traços Abertura à Experiência, Conscienciosidade,

Extroversão e Amabilidade, sendo que Gong et al. (2020) adicionam valores baixos no traço Neuroticismo a esta configuração.

De acordo com Shastri (2013), as variáveis externas ao indivíduo – como a família, o suporte e o meio sociais -, para além de exercerem uma marcada influência no mesmo, poderão ainda servir de fator de proteção. Ainda assim, tal não significa que um indivíduo se mantenha resiliente em relação a um tipo de situação – nem tão pouco que a situação não lhe cause sofrimento, podendo os efeitos do trauma surgir mais tarde ou noutras áreas da vida (Shastri, 2013).

Waugh et al. (2011) demonstram evidência para a ligação entre resiliência-traço e flexibilidade emocional, o que pode ser traduzido também, e em concordância com o anteriormente citado, em adaptabilidade a diferentes contextos emocionais. Estes traços estão geralmente associados a estruturas robustas e bem diferenciadas, bem como a noções integradas do *self* e estruturas que possibilitam e facilitam o estreitamento de relações interpessoais (Greeff & Ritman, 2005, citados por Skodol, 2010). Um *self* integrado passará por operar de acordo com determinadas características, Skodol (2010) enuncia: crenças de autoestima, autoeficácia, autoconfiança e compreensão do próprio, sendo que estas vão contribuir para uma melhor capacidade de adaptação e percepção dos estímulos do meio ambiente e aos sentimentos que esses possam causar no indivíduo.

Skodol (2010) menciona ainda uma relação entre traços de personalidade e as estratégias defensivas adotadas aquando das tentativas de resolução e assimilação de situações traumáticas. O desenvolvimento da personalidade do indivíduo está em interdependência com os mecanismos de defesa que emprega para manter a sua adaptação ao meio: Cramer, Blatt e Ford (1988) associam ao desenvolvimento anaclítico mecanismos de defesa mais rudimentares e baseados essencialmente no evitamento, como a negação, o recalçamento e o deslocamento, na tentativa de manter quaisquer relações interpessoais, muitas vezes em detrimento do próprio ego – até porque os indivíduos com este tipo de desenvolvimento depressivo sentem necessidade de um ego auxiliar para a sua própria manutenção; noutra linha, Blatt (2004) associa ao desenvolvimento introjetivo mecanismos de defesa com vista à preservação do ego, tendendo a negligenciar as relações interpessoais, utilizando assim mecanismos também eles rudimentares, como a projeção, externalização, intelectualização, introjeção e identificação com o agressor.

Segundo afirmam Prout et al. (2019), a resiliência corresponde a uma capacidade implícita e interna de regulação de emoções, argumentando também que os mecanismos



de defesa, de um ponto de vista psicodinâmico, têm o papel de assegurar essa regulação implícita de emoções. Desta forma, mesmo que certos mecanismos de defesa sejam empregues e adaptativos em determinadas etapas e situações, o seu uso não é generalizável, o que faz com que também a resiliência se situe num contínuo dinâmico, entre adaptativa e maladaptativa (Prout et al., 2019). Esta descrição, também suportada pela visão presente no estudo longitudinal realizado por Causadias, Salvatore e Sroufe (2012), demonstra a dimensão do conceito de resiliência, bem como algumas das suas múltiplas influências e fatores predisponentes – como a referida relação primária com os cuidadores -, revelando a sua importância para o desenvolvimento saudável do ego. Assim, os mecanismos de defesa de ordem mais primitiva e maladaptativa parecem estar associados a baixos níveis de resiliência (Wright & Seymour, 2009).

Pidgeon et al. (2014) chamam a atenção para a necessidade de estudo da resiliência nos estudantes universitários, sendo esta cada vez mais uma população cujos níveis de sofrimento psicológico se encontram a aumentar. De acordo com Shebusky et al. (2020), os indivíduos que integram a população universitária reportam exposição a, pelo menos, um PTE, sendo que os desenvolvimentos posteriores mais prováveis englobam perturbações da esfera depressiva, ansiosa ou mesmo uma perturbação de *stress* pós-traumático – ainda que esta última, como avançado anteriormente, seja menos provável de se instaurar (Shebusky et al., 2018). Adicionalmente, Breslau et al. (1998) demonstram que faixa etária mais sensível à presença de traumas se encontra entre os dezasseis e os vinte anos de idade, pelo que os estudantes universitários se encontram numa fase de alto risco e exposição a PTE (Frazier et al., 2009). Apesar disto, a resiliência aparenta ser um traço mutável e respondente a treino e a terapia, o que torna extremamente importante a sua aceção e compreensão, especialmente na população universitária (Friedberg & Malefakis, 2018).

### **1.5. A Personalidade Depressiva, a Resiliência e os Tipos de Funcionamento**

As ligações entre traços de personalidade e perturbações de humor, as ligações entre traços de personalidade e resiliência e as ligações entre a resiliência e as perturbações de humor – em especial, a depressão - são anteriormente discutidas. Porém, e apesar da definição de depressividadeacompassar características da depressão clínica (Campos, 2008), pouca literatura existe acerca das ligações entre a personalidade depressiva e a resiliência, sendo que o tipo de funcionamento internalizante aparenta, pelas características que o definem, uma proximidade teórica à personalidade depressiva. O

humor depressivo persistente e estável ao longo do tempo (Campos, 2008; Klein et al., 2002) parece estar, como o funcionamento internalizante (Fergusson et al., 2006), ligado à suscetibilidade ao afeto negativo (i.e. Neuroticismo). Como também está ligado o funcionamento externalizante, mas de forma mais reativa (Kotov et al., 2017). Fitzgerald (2013) refere que os tipos externalizantes podem demonstrar vieses cognitivos na avaliação das suas características pessoais, o que pode levá-los a conceptualizar erradamente as suas capacidades.

As ligações acima propostas podem ser conceptualizadas de acordo com modelos de traços de personalidade, como o são o Inventário de Personalidade para o DSM-V (PID-5; Krueger et al., 2012), cuja construção existe em proximidade com o Modelo dos Cinco Fatores (Costa & McCrae, 1986). Assim, o traço Neuroticismo tem correspondência com o traço Afetividade Negativa, o traço Extroversão corresponde ao traço Desprendimento, o traço Conscienciosidade ao traço Desinibição, Antagonismo ao traço Amabilidade, sendo que o traço Psicoticismo conta com uma ligação mais geral com o traço Abertura à Experiência (Krueger et al., 2012).

Zuroff (1994) demonstra ligações válidas no estudo da ligação entre depressão e os traços da personalidade, encontrando que resultados elevados no traço Neuroticismo e resultados baixos no traço Extroversão predizem uma maior prevalência de características depressivas, encontrando também ligações entre estilos de personalidade depressivos e traços de personalidade, como resultados elevados em Neuroticismo e elevados em Amabilidade estarem correlacionados com o conceito de estilo Dependente de Blatt (2008; Zuroff, 1994). Mais ainda, Kotov et al. (2010) e Hakulinen et al. (2015) dão conta de relações entre valores elevados em Neuroticismo e perturbações da esfera da depressão ou da ansiedade.

É, porém, diferente analisar estilos depressivos – mesmo que decorrentes ou etiologicamente provenientes de uma personalidade depressiva – e analisar a personalidade depressiva, bem como as suas ligações aos traços de personalidade. Assim, e de acordo com a formulação Campos (2013), a mensuração da personalidade depressiva pressupõe a definição deste conceito num contínuo, que comporta várias dimensões da doença depressiva e que se propõe olhar a depressividade tanto como um conjunto de sintomas diferentes de situação para situação e como uma dimensão da personalidade normativa. É interessante, assim, conceptualizar o possível efeito da resiliência no desenvolvimento da personalidade depressiva.

De acordo com Marcus et al. (2012), a depressão é a principal doença responsável pelo decréscimo da saúde mental. Por outro lado, a resiliência, segundo Hu, Zhang e Wang (2015), está ligada a índices positivos de saúde mental e a uma relação inversa com a incidência da depressão, sugerindo a qualidade de fator de proteção da resiliência face à depressão. Por outro lado, como avançam Gong et al. (2020), valores elevados em Conscienciosidade, Extroversão e Amabilidade parecem predizer valores elevados em resiliência. Os resultados anteriores, tanto para a depressão como para a resiliência, aparentam surgir na linha do que afirma Skodol (2010), relacionando traços de personalidade a estratégias de *coping*: pessoas com valores mais elevados no traço Neuroticismo têm maior probabilidade de utilizar estratégias de *coping* maladaptativas, apenas focadas na emoção e não na solução prática do problema (Skodol, 2010).

Desta feita, é de sublinhar que a população universitária parece ser uma população cuja faixa etária se revela suscetível à incidência de doenças mentais; assim, é pertinente estudar esta suscetibilidade, investigando se se verifica no contexto Português, encarando-a como uma possível propensão para doenças do foro mental (i.e. depressividade). Em simultâneo, existe o fator resiliência, que se assume enquanto fator protetor, podendo exercer um efeito atenuante na tendência para o humor depressivo. De referir também que, de entre as diferenças de funcionamento, o tipo internalizante se encontra mais provável e classicamente ligado a esta tendência depressivogénica, incorrendo numa maior predisposição para comportamentos inibitórios e de isolamento que o tipo externalizante, que se encontra mais próximo das tendências de *acting out*. Por último, há que mencionar que a presente investigação se centra numa população com um funcionamento psicológico dito normativo, remetendo para a estrutura contínua das dimensões acima descritas: mesmo que um funcionamento ou um comportamento não sejam patológicos, poderão existir características que os coloquem num espetro de ordem mais internalizante, externalizante, depressivo ou resiliente.

## 2. Objetivos e Hipóteses

Neste capítulo são apresentados os objetivos e as variáveis da investigação, que têm por base o enquadramento teórico anteriormente realizado.

Considerando a depressividade (i.e. a personalidade depressiva) num modelo de propensão ou de causalidade para a depressão, há que pensar na incidência deste fenómeno na população universitária. Como descrito anteriormente, a fase da vida que os universitários atravessam é, nos dias de hoje, pautada por um conjunto de novos desafios e dificuldades; por isto e pela bagagem geracional que carregam (i.e. os estilos parentais da Geração X), como pelos indícios de crescente prevalência de doenças mentais nesta população, é importante estudar o desenvolvimento da doença depressiva em populações consideradas normativas. Em simultâneo, é interessante pensar nos vários desfechos e tipos de desenvolvimento de personalidade dos jovens adultos, tal como será interessante perceber os desenvolvimentos ulteriores face às dificuldades com que se deparam, sendo que a resiliência parece apresentar-se como um elemento-chave para a compreensão mais abrangente deste fenómeno.

Será que traços depressivos latentes se encontram na população normal, aumentando a probabilidade de doenças na esfera da depressão no futuro? De que forma é que a resiliência, também enquanto traço, contraria ou influencia esta predisposição para a psicopatologia? De que forma é que estes fatores influenciam o funcionamento da população normativa? De que forma é que as tendências de funcionamento interagem tanto com a depressividade como com a resiliência?

O objetivo geral da presente dissertação é, portanto, estudar a relação entre as variáveis depressividade e resiliência-traço na população normal, universitária Portuguesa – dividindo-a entre grupo internalizante e externalizante -, de maneira a compreender de que forma é que se influenciam mutuamente e que efeitos terão nos indivíduos, possibilitando um entendimento das condições de saúde mental desta população e de formas de a potenciar.

Como objetivos específicos, teremos:

- 1) Caracterizar a expressão da depressividade (ITD Total) e das dimensões depressivas (Fatores Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso e Depressão Relacional) nos grupos internalizante e externalizante.

Hipótese 1a: os valores médios da depressividade (ITD Total) são significativamente mais elevados no grupo internalizante em comparação com o grupo externalizante;

Hipótese 1b: os valores médios das dimensões depressivas (Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso e Depressão Relacional) são mais elevados no grupo internalizante em comparação com o grupo externalizante.

2) Descrever a expressão da resiliência-traço (CD-RISC Total) e das dimensões da resiliência (Fatores Competência, Confiança, Adaptação/Relações e Influência Espiritual) nos grupos internalizante e externalizante.

Hipótese 2a: os valores médios da resiliência-traço (CD-RISC Total) são significativamente mais baixos no grupo internalizante em comparação com o grupo externalizante;

Hipótese 2b: os valores médios das dimensões da resiliência (Fatores Competência, Confiança, Adaptação/Relações e Influência Espiritual) são significativamente mais baixos no grupo internalizante em comparação com o grupo externalizante.

3) Compreender as relações entre a depressividade (ITD Total e dimensões Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso e Depressão Relacional) e a resiliência-traço (CD-RISC Total e dimensões Competência, Confiança, Adaptação/Relações e Influência Espiritual) nos grupos internalizante e externalizante.

Hipótese 3: a relação entre a depressividade e as suas dimensões e a resiliência-traço e as suas dimensões é uma correlação negativa, sendo de maior grau no grupo internalizante.

4) Explorar possíveis modelos de predição entre a depressividade (ITD Total e as dimensões Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso e Depressão Relacional) e a resiliência-traço (CD-RISC Total e as dimensões Competência, Confiança, Adaptação/Relações e Influência Espiritual), respetivamente nos grupos internalizante e externalizante.

### **3. Método**

Na presente secção, descreveremos os aspetos metodológicos utilizados na investigação. Em primeiro lugar, será descrita e caracterizada a amostra de participantes utilizada; de seguida, os instrumentos e o procedimento utilizado para a recolha dos dados e, finalmente, o procedimento estatístico.

#### **3.1. Participantes**

##### *3.1.1. Grupo Externalizante*

O grupo externalizante foi criado segundo variáveis teóricas: de acordo com Kotov et al. (2017) e Forbush e Watson (2013), o espectro externalizante é composto por

indivíduos com valores elevados de Afetividade Negativa (i.e. elevados níveis de Neuroticismo), Desinibição (i.e. baixos níveis de Conscienciosidade) e Antagonismo (i.e. baixos níveis de Amabilidade). Desta forma, foi aferida a média para as dimensões Afetividade Negativa ( $M = 1.81$ ), Desinibição ( $M = 1.05$ ) e Antagonismo ( $M = .61$ ). Utilizando a média como ponto de corte, foram colocados no grupo externalizante os indivíduos que cumprissem os três critérios em simultâneo.

A amostra do grupo *externalizante* é composta por 24 participantes da população geral universitária, com idade igual ou superior a 18 anos ( $M = 26.33$  anos;  $DP = 5.24$  anos), todos de nacionalidade Portuguesa. A caracterização sociodemográfica desta amostra encontra-se apresentada no Quadro 1.

Quadro 1

*Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas no Grupo Externalizante*

Variáveis		<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo	Feminino	13	54.16						
	Masculino	11	45.83						
Idade	Feminino			25.91	4.99	26	30	19	35
	Masculino			26.69	5.62	26	19	19	35
Estado Civil									
	Solteiro	16	66.7						
	Casado ou vivendo como tal	8	33.3						
Situação Profissional									
	Empregado	19	79.2						
	Desempregado	3	12.5						
	Estudante	2	8.3						

### 3.1.2. Grupo Internalizante

De acordo com Kotov et al. (2017), o espectro internalizante apenas é caracterizado por valores elevados em Afetividade Negativa, pelo que foram selecionados indivíduos que cumprissem exclusivamente com esta condição ( $M \geq 1.81$ ) e não com as anteriores. Participantes que não cumprissem com nenhuma das condições enunciadas nos subpontos 4.1.1. e 4.1.2. foram retirados da base de dados. Indivíduos que cumprissem simultaneamente condições para ambos os grupos foram colocados no grupo externalizante, pelo maior rigor das suas condições (i.e. três condições vs. uma condição).

A amostra do grupo *internalizante* é composta por 36 participantes da população geral universitária, com idade igual ou superior a 18 anos ( $M = 26.5$  anos,  $DP = 5.1$  anos), na sua grande maioria de nacionalidade Portuguesa (98.4 3%).

## Quadro 2

### *Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas no Grupo Internalizante*

Variáveis		<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo	Feminino	30	83.33						
	Masculino	6	16.67						
Idade	Feminino			26.57	5.25	25	24	19	35
	Masculino			26.17	4.54	27	18	18	31
Estado Civil									
	Solteiro	43	71.7						
	Casado ou vivendo como tal	16	26.7						
	Divorciado ou separado	1	1.7						
Situação Profissional									
	Empregado	38	63.3						
	Desempregado	9	15						
	Estudante	13	21.7						

## 3.2. Instrumentos

### 3.2.1. *Questionário Sociodemográfico*

O questionário sociodemográfico é composto por 16 itens, pressupondo a recolha de informação sobre as variáveis demográficas e psicossociais dos participantes. Questões, por exemplo, sobre o sexo, a idade, a nacionalidade, o tipo de local de residência, o estado civil, o grau de ensino e a situação laboral.

### 3.2.2. *Inventário da Personalidade para o DSM-V (PID-5)*

O PID-5 é um instrumento de autorrelato que mede a existência e severidade de traços patológicos da personalidade, de acordo com a classificação de perturbações de personalidade proposto na Secção III do DSM-5. Este modelo dimensional surge em resposta às críticas tecidas à abordagem categorial do DSM-IV-TR, que passavam por índices elevados de comorbilidade entre diagnósticos das perturbações de personalidade e concepções deficientes e redutoras das mesmas, bem como limites aparentemente

arbitrários para distinção de diagnósticos, labilidade ao longo do tempo e, entre outros, uma base científica débil em grande parte das suas categorias (Thimm, Jordan & Bach, 2016).

Para a divisão dos participantes em grupos – funcionamentos internalizante e externalizante -, foi utilizado o Inventário da personalidade para o DSM-V (PID-5) (Krueger et al., 2012), na sua versão portuguesa traduzida por Pires, Silva, Fagulha, e Gonçalves (2014) e psicometricamente testada por Pires, Ferreira, Guedes, Gonçalves, e Henriques-Calado (2018); a versão utilizada foi a breve, da qual constam 25 itens que, em conjunto com o Modelo hierárquico e taxonómico de psicopatologia (HiTOP) (Kotov et al., 2017), permitiu dividir os participantes em dois grupos. A resposta aos itens é colocada numa escala de Likert de 4 pontos, de 0 a 3, sendo 0 “Muito falso/Muitas vezes falso” e 3 “Muito verdade/Muitas vezes verdade”. Este instrumento é destinado tanto a populações clínicas como gerais.

A versão utilizada diferencia os indivíduos dentro das cinco dimensões propostas pelo instrumento. O valor mediano de consistência interna corresponde a  $\alpha = .86$ . Consoante os valores obtidos em cada um dos fatores supramencionados, os indivíduos foram alocados, de acordo com o modelo HiTOP, no grupo de funcionamento internalizante – valores elevados de Afetividade Negativa - ou externalizante – valores elevados de Afetividade Negativa, Desinibição e Antagonismo.

### *3.2.3. Inventário de Traços Depressivos (ITD)*

Para a avaliação da presença de traços depressivos de personalidade, foi utilizado o Inventário de Traços Depressivos, de Campos (2015), assumindo a dimensão depressiva da personalidade como um construto no mesmo espectro da personalidade normal, sendo um construto “unitário que engloba uma gama ampla de características depressivas” (Campos, 2015). Ao mesmo tempo que faz parte da linha de desenvolvimento normal, a personalidade depressiva é, em si, um espectro cujos limites corresponderão a formas diferentes da doença depressiva (e.g. a propensão para uma depressão crónica ou a apresentação de uma forma clínica de depressão). O autor distingue, como já avançado anteriormente, a personalidade depressiva da depressão através da sua estabilidade temporal e não apenas de acordo com o carácter egossintónico ou egodistónico dos sintomas. Sendo considerado uma dimensão da personalidade normal, o ITD pode ser aplicado a populações clínicas e não-clínicas. O valor da consistência interna corresponde a  $\alpha = .97$  tanto para a população universitária como adulta.



É um instrumento de autorrelato, sendo que a forma utilizada nesta investigação é a forma reduzida, de 41 itens, cujas respostas se localizam numa escala de *Likert* de 5 pontos de 1 a 5, sendo 1 “Discordo fortemente” e 5 “Concordo fortemente”. Do teste consta um resultado total proveniente das somas dos resultados dos itens, que poderá indiciar que, apesar de determinado sujeito poder não estar clinicamente deprimido no momento da resposta aos itens, apresenta características depressivas – assim, quanto mais elevado for o resultado total, mais próximo o indivíduo estará da conceção de personalidade depressiva que fundamenta o teste. Tal significa que, e relembrando que a personalidade depressiva é uma medida do funcionamento dito normal, esta dimensão está presente em maior grau que em indivíduos que obtenham resultados totais mais baixos. Por outro lado, resultados elevados poderão representar uma perturbação depressiva ou uma vulnerabilidade elevada a sintomas depressivos, ou ainda uma depressão crónica cujos sintomas, exatamente pela sua durabilidade e estabilidade ao longo do tempo, passaram a ser integrantes do seu funcionamento mental.

No seguinte nível de análise, organizado segundo 5 dimensões encontradas com recurso a análise fatorial, os participantes são discernidos de acordo com os resultados nas seguintes escalas: I – depressão essencial, II – depressão inibida, III – depressão de fracasso, IV – depressão perfeccionista e V – depressão relacional. Estas dimensões representam tipos diferentes de depressão, sendo que a depressão essencial é a que se encontra mais próxima dos trâmites do conceito de perturbação da personalidade depressiva; a depressão inibida prende-se a um funcionamento mais esquizoide e de não demonstração da agressividade; a depressão de fracasso é considerada mais na esfera da autocritica e da desvalorização pessoal pela insuficiência; a depressão perfeccionista, apesar de representar um funcionamento rígido e perfeccionista, contempla certos aspetos adaptativos; por último, a depressão relacional parece estar ligada a questões da ordem do abandono e das relações interpessoais.

### *3.2.4. Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)*

O nível de resiliência dos participantes foi avaliado pela Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003), na tradução para a língua portuguesa por Faria-Anjos e Ribeiro (2011). Segundo Connor e Davidson (2003), a escala capta a capacidade dos indivíduos lidarem com o stress e a adversidade, assentando no pressuposto de que a resiliência, enquanto um traço, funciona como um fator protetor da manutenção da homeostasia biopsicoespiritual. É, assim, um instrumento que visa

aplicações tanto na população normal como na população clínica, podendo servir de índice para a eficácia de tratamentos tanto farmacológicos como psicoterapêuticos. O valor de consistência interna deste instrumento corresponde a  $\alpha = .89$ .

Na construção da escala, Connor e Davidson (2003) utilizaram vários construtos/conceitos de fontes diversas de modo a conseguir uma definição abrangente de resiliência, entre eles: a percepção da mudança como uma oportunidade, compromisso, reconhecimento dos limites do controlo, autoeficácia, a existência de sucessos anteriores, humor face à adversidade, relações interpessoais próximas e seguras.

Este instrumento é de autorrelato e a sua escala é composta por 25 itens respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, de 0 a 4, sendo 0 “não verdadeira” e 4 “quase sempre verdadeira”. Os itens devem ser respondidos consoante a sua aplicabilidade ao participante e à sua realidade durante o último mês. O resultado é calculado através da soma das atribuições de cada item, sendo que resultados mais elevados corresponderão a níveis mais elevados de resiliência. A análise fatorial encontrou 4 fatores distintos, sendo que o primeiro reflete a noção de competência pessoal e tenacidade - Competência; o segundo corresponde à confiança nos próprios instintos, à tolerância de afetos negativos e ao efeito fortalecedor do *stress* - Confiança; o terceiro fator prende-se com a aceitação positiva de mudanças e com relações interpessoais seguras – Adaptação/Relações; a quarta dimensão tem relação com as influências espirituais – Influência Espiritual.

### **3.3. Procedimento**

O presente trabalho integra um projeto de investigação sobre a temática “Personalidade e Psicopatologia”, a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O protocolo para a recolha de dados é constituído por nove instrumentos de medidas psicológicas (questionários de autorrelato), sendo utilizados apenas três no presente trabalho. O total preenchimento do protocolo demora cerca de 1h30min. O protocolo é entregue dentro de um envelope, com o respetivo consentimento informado, o qual deve ser assinado, no qual vem explícito o âmbito e objetivos da investigação e a garantia da confidencialidade. Depois de o protocolo estar preenchido e o consentimento informado assinado, estes devem ser devolvidos, dentro de um envelope selado, num prazo máximo de 15 dias. A confidencialidade e anonimização dos dados é garantida, através da atribuição de um número de ordem a cada participante. A amostra, de conveniência, foi recolhida através do método “bola de neve”, recorrendo a participantes das relações interpessoais dos alunos que se encontram a realizar a dissertação de

mestrado. Foi fornecido a todos os participantes, através do consentimento informado, um contacto do investigador.

### **3.4. Procedimento Estatístico**

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente com recurso ao *IBM Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), na versão 25. Dada a dimensão do grupo externalizante (24 participantes), não seria viável utilizar testes paramétricos devido à lei dos grandes números, que implica que os grupos tenham um mínimo de participantes ( $n \geq 30$ ), pelo que se optou pelos testes não-paramétricos, especificamente pelo *Mann-Whitney U Test*. Utilizou-se ainda *Correlação de Pearson* e o método da *Regressão Linear Múltipla* (método *stepwise*); para além destes, foi realizada a estatística descritiva.

## **4. Resultados**

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos com os instrumentos, sendo eles o ITD e o CD-RISC. Seguidamente, será efetuada a análise dos resultados em função dos objetivos apresentados.

### **4.1. Depressividade e Dimensões Depressivas da Personalidade**

Nesta secção, são apresentados os dados referentes ao primeiro objetivo (ver páginas 20 e 21): Hipótese 1a: os valores médios da depressividade (ITD Total) são significativamente mais elevados no grupo internalizando em comparação com o grupo externalizante; Hipótese 1b: os valores médios das dimensões depressivas (Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso e Depressão Relacional) são mais elevados no grupo internalizante em comparação com o grupo externalizante.

Sintentizam-se os resultados do *Mann-Whitney U Test* e dos valores médios e respetivos desvios-padrão no quadro 3.

### Quadro 3

*Distribuição dos Valores Médios e Desvios-Padrão no ITD entre os Grupos Internalizante (GI) e Externalizante (GE)*

	GI (n = 36)	GE (n = 24)			
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
I - Essencial	26.31(9.41)	30.58(10.33)	540	1.63	.10
II – Inibida	23.78(6.46)	25.17(7.19)	483.5	.78	.44
III - Fracasso	22.89(7.86)	27.38(8.32)	573	2.13	<b>.03</b>
IV - Perfeccionista	17.06(3.65)	18(3.8)	507	1.14	.26
V - Relacional	13.69(3.57)	13.37(3.79)	418	-.21	.83
Total ITD	103.72(27)	114.5(29.23)	526.5	1.43	.15

*Nota:*  $N = 60$ ; A negrito está assinalado o caso em que  $p < .05$ .

Apesar da hipótese inicial, não se verifica a existência de diferenças na distribuição das médias de ambos os grupos, internalizante e externalizante, face ao valor total do ITD ou dos seus fatores, com exceção do Fator III – Depressão de Fracasso, que apresenta valores médios significativamente mais elevados ( $p < .05$ ) no grupo externalizante.

#### 4.2. A Resiliência-traço

Na presente secção, apresentam-se os dados referentes ao segundo objetivo (ver página 21): Hipótese 2a: os valores médios da resiliência-traço (CD-RISC Total) são significativamente mais baixos no grupo internalizante em comparação com o grupo externalizante; Hipótese 2b: os valores médios das dimensões da resiliência (Fatores Competência, Confiança, Adaptação/Relações e Influência Espiritual) são significativamente mais baixos no grupo internalizante em comparação com o grupo externalizante.

Os resultados obtidos a partir da análise com recurso ao *Mann-Whitney U Test* encontram-se no quadro 4.

#### Quadro 4

*Distribuição dos Valores Médios e Desvios-Padrão no CD-RISC entre os Grupos Internalizante (GI) e Externalizante (GE)*

	GI (n = 36)	GE (n = 24)			
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Competência	27(4.78)	26.46(4.52)	396	- .55	.59
Confiança	22.31(5.6)	19.46(5.24)	313.5	-1.79	<u>.07</u>
Adaptação/Relações	11.81(2.63)	11.29(2.77)	378.5	- .81	.42
Espiritualidade	7.89(2.9)	7.08(2.32)	355	-1.17	.24
Total CD-RISC	69(11.51)	64.29(11.46)	332	-1.51	.13

*Nota:*  $N = 60$ ; A sublinhado encontra-se um valor marginalmente significativo.

De acordo com a presente análise estatística, não são encontradas diferenças significativas ao nível de  $p < .05$  na distribuição dos valores médios da resiliência-traço e dos seus fatores entre os grupos. De realçar uma diferença marginalmente significativa da distribuição de médias no fator Confiança, assumindo um valor mais elevado no grupo internalizante ( $p = .07$ ).

### 4.3. Análise das Relações entre Variáveis

#### 4.3.1. Correlações entre as Variáveis Traços Depressivos de Personalidade e Resiliência-traço nos Grupos Internalizante e Externalizante

Nesta secção, são analisados os dados correspondentes ao terceiro objetivo do presente estudo (ver página 21). Hipótese 3: a relação entre a depressividade e as suas dimensões e a resiliência-traço e as suas dimensões é uma correlação negativa, sendo de maior grau no grupo internalizante quando comparado com o grupo externalizante.

## Quadro 5

*Correlação de Pearson entre os Valores Totais do ITD e do CD-RISC e das Respetivas Dimensões para o Grupo Externalizante*

Variáveis	CD-RISC Total	Competência	Confiança	Relações	Inf. Espiritual
ITD Total	- <b>.58**</b>	- <b>.53**</b>	- <b>.68**</b>	- .33	.11
D. Essencial	-.36	-.27	- <b>.55**</b>	- .19	.21
D. Inibida	- <b>.72**</b>	- <b>.71**</b>	- <b>.65**</b>	- <b>.55**</b>	-.05
D. Fracasso	- <b>.59**</b>	- <b>.58**</b>	- <b>.66**</b>	- .31	-.05
D. Perfeccionista	-.34	-.33	- <b>.50*</b>	-.08	.20
D. Relacional	- <b>.47*</b>	- <b>.41*</b>	- <b>.59**</b>	-.24	.11

*Nota.* \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ; A negrito estão assinalados os valores estatisticamente significativos; Relações = Adaptação/Relações; Inf. Espiritual = Influência Espiritual; Nota de rodapé identifica o efeito da dimensão\*.

Numa análise geral, os resultados acima apresentados vão ao encontro da hipótese colocada no ponto 2 da presente dissertação. Os valores do ITD para o grupo externalizante estão negativa e significativamente correlacionados com os valores do CD-RISC para o mesmo grupo. De salientar que a dimensão Influência Espiritual do CD-RISC não demonstra relações significativas com qualquer das dimensões do ITD, apresentando ainda sentidos diferentes – i.e. tanto positivos como negativos – nos resultados.

Numa análise mais específica, o ITD-Total encontra-se correlacionado significativamente com o CD-RISC Total, com a dimensão de efeito considerada elevada ( $r^2 = .34$ ) – o que demonstra evidências para aceitar a hipótese decorrente do terceiro objetivo -, e com as dimensões Competência ( $r^2 = .28$ ) e Confiança ( $r^2 = .46$ ), com dimensões de efeito também elevadas. As variáveis Depressão Essencial e Depressão Perfeccionista apenas se encontram significativamente correlacionadas com a variável Confiança, com dimensões de efeito elevada ( $r^2 = .30$ ) e média ( $r^2 = .25$ ), respetivamente. A variável Depressão Inibida obteve correlações significativas com todos os fatores do

---

\* Efeito da dimensão médio/elevado/muito elevado:  $.10 < r^2 \leq .25$ ;  $.25 < r^2 \leq .50$ ;  $r^2 > .50$  (Cohen, 1988).

CD-RISC, com exceção do já mencionado fator Influência Espiritual – com dimensões do efeito elevadas para os fatores Competência ( $r^2 = .50$ ), Confiança ( $r^2 = .42$ ) e Adaptação/Relações ( $r^2 = .30$ ) e muito elevada para o fator CD-RISC Total ( $r^2 = .52$ ). Finalmente, as dimensões Depressão de Fracasso e Depressão Relacional apresentam correlações significativas com o CD-RISC Total – com dimensão de efeito elevada ( $r^2 = .35$ ) e média ( $r^2 = .22$ ), de acordo com a ordem de apresentação - e as variáveis Competência – cuja dimensão do efeito para a correlação com o fator Depressão de Fracasso é elevada ( $r^2 = .34$ ) e com o Fator Depressão Relacional é apenas média ( $r^2 = .16$ ) - e Confiança, sendo que ambas as correlações entre as variáveis contam com dimensões de efeito elevadas.

No quadro seguinte, serão apresentados os resultados relacionados também com o terceiro objetivo.

#### Quadro 6

*Correlações de Pearson entre os Valores Totais do ITD e do CD-RISC e Respetivas Dimensões para o Grupo Internalizante*

Variáveis	CD-RISC Total	Competência	Confiança	Relações	Inf. Espiritual
ITD Total	<b>-.69**</b>	<b>-.60**</b>	<b>-.58**</b>	<b>-.62**</b>	-.06
D. Essencial	<b>-.65**</b>	<b>-.56**</b>	<b>-.5**</b>	<b>-.63**</b>	-.15
D. Inibida	<b>-.58**</b>	<b>-.52**</b>	<b>-.54**</b>	<b>-.49**</b>	.02
D. Fracasso	<b>-.64**</b>	<b>-.54**</b>	<b>-.53**</b>	<b>-.54**</b>	-.12
D. Perfeccionista	<b>-.48**</b>	<b>-.47**</b>	<b>-.38*</b>	<b>-.53**</b>	.09
D. Relacional	<b>-.52**</b>	<b>-.45**</b>	<b>-.53**</b>	<b>-.42*</b>	.10

*Nota.* \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ; A negrito estão assinalados os valores estatisticamente significativos; Relações = Adaptação/Relações; Inf. Espiritual = Influência Espiritual; Nota de rodapé identifica o efeito da dimensão\*.

Os resultados dos instrumentos ITD e CD-RISC também se encontram negativa e significativamente correlacionados no grupo internalizante, o que vai ao encontro da

---

\* Efeito da dimensão médio/elevado/muito elevado:  $.10 < r^2 \leq .25$ ;  $.25 < r^2 \leq .50$ ;  $r^2 > .50$  (Cohen, 1988).

hipótese colocada anteriormente e dos resultados encontrados para o grupo externalizante. Novamente, a dimensão Influência Espiritual não está correlacionada com nenhuma das dimensões do ITD, assumindo valores com sentidos opostos e não significativos. Numa visão geral sobre os resultados obtidos para este grupo, encontramos resultados mais consistentes com a hipótese avançada no ponto 3 da investigação, na medida em que todas as dimensões do ITD se encontram negativa e significativamente correlacionadas com as dimensões do CD-RISC – excetuando a dimensão Influência Espiritual –, indicando que valores elevados numa das variáveis significarão, à partida, valores mais baixos na outra e vice-versa.

De referir que todas as dimensões do efeito encontradas foram elevadas, com exceção das correlações entre os pares de fatores Depressão Essencial e Confiança ( $r^2 = .25$ ), Depressão Inibida e Adaptação/Relações ( $r^2 = .24$ ), Depressão Perfeccionista e CD-RISC Total ( $r^2 = .23$ ), Depressão Perfeccionista e Competência ( $r^2 = .22$ ), Depressão Perfeccionista e Adaptação/Relações ( $r^2 = .14$ ) e Depressão Relacional e Competência ( $r^2 = .20$ ).

A hipótese 3 é apenas parcialmente confirmada.

#### *4.3.2. Modelos de Regressão Linear para os Grupos Internalizante e Externalizante*

Na presente secção, são analisados os dados relacionados com o quarto objetivo (ver página 21).

Para a análise de dados, utiliza-se o método de Regressão Linear Múltipla, com o método *stepwise*. Os modelos resultantes encontram-se nos quadros 7 e 8.



Quadro 7

*Resultados da Regressão Linear Múltipla para o Grupo Externalizante*

	Preditores	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
ITD Total						.96	.92	84.52	< .001*
	Competência	5.80	1.32	3.68	< .001*				
	Inf. Espiritual	8.10	.51	2.84	< .01*				
	Confiança	- 5.15	- .88	-2.60	< .05*				
D. Essencial						.96	.91	82.74	< .001*
	Inf. Espiritual	2.45	.57	3.12	< .01*				
	Competência	1.85	1.54	4.26	< .001*				
	Confiança	- 1.87	- 1.17	- 3.43	< .01*				
D. Inibida						.92	.84	124.02	< .001*
	Competência	.90	.92	11.14	< .001*				
D. Fracasso						.92	.84	123.52	< .001*
	Competência	.98	.92	11.11	< .001*				
D. Perfeccionista						.97	.94	118.73	< .001*
	Competência	.81	1.18	3.87	< .001*				
	Inf. Espiritual	1.11	.45	2.94	< .01*				
	Confiança	- .61	- .66	- 2.30	< .05*				
D. Relacional						.93	.87	153.21	< .001*
	Competência	.48	.93	12.38	< .001*				

*Nota.* \* Two-Tailed.

Para o grupo externalizante, verifica-se que as dimensões de resiliência-traço (CD-RISC) Competência, Influência Espiritual e Confiança predizem o nível de depressividade (ITD Total) num modelo explicativo de 92% da variância total dos resultados.

As mesmas dimensões, com ponderações diferentes, predizem o fator Depressão Essencial (ITD) num modelo explicativo de 91% da variância total dos resultados.

A dimensão Competência (CD-RISC) assume-se como preditor único nos modelos explicativos das dimensões Depressão Inibida, Depressão de Fracasso e Depressão Relacional, explicando, respetivamente, 84%, 84% e 87% da variância total dos resultados de cada um dos fatores do ITD.

A dimensão Depressão Perfeccionista (ITD) é explicada a 94% da variância total dos resultados pelas dimensões Competência, Influência Espiritual e Confiança (CD-RISC).

De referir que o fator Confiança (CD-RISC) assume uma direção negativa enquanto preditor nos modelos que integra.

Realizou-se o mesmo procedimento estatístico para o grupo internalizante, cujos resultados se encontram no quadro 8.

Quadro 8

*Resultados da Regressão Linear Múltipla para o Grupo Internalizante*

Preditores	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
ITD Total					.93	.86	219.27	< .001*
Competência	3.63	.93	14.81	< .001*				
D. Essencial					.90	.81	144.69	< .001*
Competência	.91	.90	12.03	< .001*				
D. Inibida					.93	.86	219.67	< .001*
Total CD-RISC	.33	.93	14.82	< .001*				
D. Fracasso					.90	.82	155.47	< .001*
Competência	.8	.90	12.47	< .001*				
D. Perfeccionista					.95	.90	319.99	< .001*
Total CD-RISC	.24	.95	17.89	< .001*				
D. Relacional					.94	.89	138.95	< .001*
Competência	.31	.60	3.82	< .001*				
Inf. Espiritual	.61	.36	2.3	< .05*				

*Nota.* \* Two-tailed.

Para o grupo internalizante, pode verificar-se que a dimensão Competência (CD-RISC) prediz o nível de depressividade (ITD Total), num modelo explicativo de 86% da variância total dos resultados.

A dimensão Depressão Essencial (ITD) é predita pelo fator Competência (CD-RISC) num modelo explicativo a 81% da variância total dos resultados.

A variável Depressão Inibida (ITD) é predita a 86% da variância total dos resultados por um modelo composto pela variável Total CD-RISC.

A dimensão Competência (CD-RISC) prediz a variável Depressão de Fracasso (ITD) num modelo explicativo a 82% da variância total dos resultados.

A variável Total CD-RISC prediz a variável Depressão Perfeccionista (ITD) num modelo explicativo a 90% da variância total dos resultados.

## **5. Discussão**

Neste capítulo, são discutidos os resultados, que se organizam de acordo com os objetivos e hipóteses colocadas no capítulo 2 (p. 20).

O presente trabalho procurou contribuir para a investigação no âmbito do projeto de investigação “Personalidade e Psicopatologia”, focando a expressão da depressividade e da resiliência nos tipos de funcionamento internalizante e externalizante na população universitária.

### **5.1. Exploração das Associações entre as Variáveis Depressividade e Resiliência-traço nos Grupos Internalizante e Externalizante**

No que diz respeito à depressividade e aos traços depressivos, a sua expressão é contrária ao esperado, de acordo com a literatura. Sendo a dimensão depressiva da personalidade um conceito que abarca várias características das doenças depressivas (Campos, 2008; Klein et al., 2011) e tendo em conta que as características internalizantes, para além de uma proximidade com a depressividade, têm ligações a perturbações como a depressão ou a ansiedade (Gaumon & Paquette, 2013), seria de esperar que os valores médios da depressividade e das dimensões depressivas fossem significativamente mais elevados no grupo internalizante quando comparados com os do grupo externalizante, o que não se verifica, rejeitando-se assim as hipóteses 1a e 1b (ver páginas 20 e 21). Antes pelo contrário, a distribuição dos valores médios na dimensão Depressão de Fracasso obteve valores significativamente mais elevados no grupo externalizante quando em comparação com o grupo internalizante. Este resultado pode dever-se à importância das relações sociais em indivíduos do grupo externalizante, visto que o fator Depressão de Fracasso se relaciona com sentimentos autocríticos e de insuficiência (Campos, 2015) – o peso das relações interpessoais poderá mascarar estes sentimentos de insuficiência (Blatt, 2008); por outro lado, este resultado inesperado poderá estar relacionado com a sobreposição conceptual dos espectros de funcionamento internalizante e externalizante, demonstrando a dificuldade de distinção entre ambos (Sellis et al., 2019).

Em relação à resiliência-traço e às suas dimensões, os resultados obtidos são contrários ao esperado. A resiliência funciona como fator protetor e potenciador da remissão da depressão, sendo que indivíduos com incidência da doença depressiva têm

presentes níveis reduzidos de resiliência (Reivich et al., 2013). Apesar de não se encontrarem diferenças significativas na distribuição dos valores médios de resiliência-traço e das suas dimensões (ver página 21), a dimensão Confiança demonstra um valor marginalmente e significativamente mais elevado no grupo internalizante quando comparado ao grupo externalizante. Tal pode dever-se, em parte, ao comportamento ruminativo e de isolamento tipicamente associado ao funcionamento internalizante (Achenbach & Edelbrock, 1978; Jose, Wilkins & Spindel, 2012), que pode coadunar com parte da descrição do fator Confiança, na medida em que o stress e a adversidade são utilizados como elementos fortalecedores do ego (i.e. ruminação para entender a adversidade e poder resolvê-la). Por outro lado, pode também remeter para a já mencionada sobreposição conceptual entre os funcionamentos internalizante e externalizante.

## **5.2. Exploração das Relações entre a Depressividade e as suas Dimensões e a Resiliência-traço nos Grupos Internalizante e Externalizante**

No que concerne ao terceiro objetivo (ver página 21), encontra-se uma relação significativa e de sentido negativo entre as variáveis depressividade e resiliência-traço, o que vai de acordo com a literatura consultada. No entanto, apenas podemos confirmar parcialmente a hipótese 3 (ver página 21), na medida em que não se verificam grandes diferenças na dimensão dos efeitos reportados entre os grupos. É de referir, no entanto, que as relações entre a depressividade e as suas dimensões e a resiliência-traço e as suas dimensões são mais consistentes no grupo internalizante, de acordo com o previsto na literatura, existindo relações negativas e significativas entre todos os pares de variáveis.

A vulnerabilidade depressiva, de acordo com Edward (2005), pode ser atribuída a variáveis como a incapacidade do indivíduo ter uma perceção positiva de si mesmo e um autoconceito suficientemente robusto. Esta variável parece estar contida nas dimensões do CD-RISC (i.e. dimensão Confiança; Connor & Davidson, 2003). Em linha com o avançado por Ong, Bergeman e Chow (2010), na ausência de mecanismos positivos de adaptação e da capacidade de experienciar a adversidade com desfechos positivos (captados pela dimensão Adaptação/Relações do CD-RISC) – sendo ambas as características decorrentes de experiências de parentalidade benéficas para o desenvolvimento - os indivíduos incorrem no risco de desenvolver doenças mentais. A dimensão Confiança (CD-RISC) parece estar negativamente relacionada com os resultados encontrados por Yook et al. (2010), que sugerem que a incerteza, a

preocupação e a ruminação, que são indícios de baixa autoconfiança e de intolerância ao afeto negativo, estão fortemente associadas a indícios de doença depressiva. A Competência (CD-RISC), por seu turno, parece estar ligada, na sua forma negativa (i.e. défices em competência), a fatores antecedentes de depressão – aparenta, assim, depender da percepção que o próprio tem da valoração da sua competência pelos outros (Lewinsohn et al., 1980). Desta feita, estas relações dimensões parecem estar em linha com o funcionamento internalizante, podendo admitir que a consistência de resultados da associação das variáveis depressividade e resiliência-traço se devem a uma relação inerentemente contrária, sendo que a presença de valores baixos de resiliência significará a presença de valores elevados de depressividade e vice-versa, demonstrando a qualidade de fator protetor da resiliência.

Por outro lado, os resultados da associação entre a depressividade e as suas várias e a resiliência-traço e as suas dimensões no grupo externalizante apresenta, ainda que de forma menos consistente, a mesma direção que a enunciada para o grupo internalizante. De referir a dimensão do efeito do fator CD-RISC Total na Depressão Inibida (ITD), que se revela muito elevado. Este resultado poderá ser explicado pelo significado do construto Depressão Inibida, que se prende com um funcionamento mais esquizoide e de inibição da demonstração da agressividade (Campos, 2015), o que, tendo em conta as tendências mais agressivas e de *acting out* do funcionamento externalizante (Campos et al., 2014; Hammerton et al., 2020), parece demonstrar a qualidade protetora e apaziguadora do nível geral da resiliência face a estas tendências de demonstração da agressividade.

Existe, ainda, uma exceção referente à dimensão Influência Espiritual (CD-RISC), que não se encontra significativamente correlacionada com qualquer das variáveis do ITD em ambos os grupos. Isto pode ser explicado, de acordo com a literatura, segundo a tendência dos adultos emergentes se desfilarem das crenças religiosas (Arnett & Jensen, 2002; Barry & Nelson, 2005) por saírem da tutela e possível coerção dos pais e por se envolverem noutro tipo de atividades. Ao mesmo tempo, Arnett e Jensen (2002) apontam ainda para a probabilidade de existir uma nova aproximação, mais individualizada, à espiritualidade ao longo do desenvolvimento e estabelecimento da adultícia.

### **5.3. Análise das Dimensões de Resiliência que Predizem a Depressividade e as suas Dimensões nos Grupos Internalizante e Externalizante**

Nesta secção, são analisados e discutidos os resultados dos modelos de predição das variáveis do ITD (ITD Total, Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de

Fracasso, Depressão Perfeccionista e Depressão Relacional) pelas variáveis do CD-RISC (CD-RISC Total, Competência, Confiança, Adaptação/Relações, Influência Espiritual) para os grupos internalizante e externalizante.

### *5.3.1. Análise das Dimensões de Resiliência que Predizem a Depressividade e as suas Dimensões no Grupo Internalizante*

Para o grupo internalizante, o fator Competência modela a variabilidade das dimensões ITD Total, Depressão Essencial e Depressão de Fracasso. O ITD Total define-se pela aproximação ao conceito prototípico de personalidade depressiva (Campos, 2008), a dimensão Depressão Essencial tem contornos próximos da definição psiquiátrica de perturbação de personalidade depressiva e a Depressão de Fracasso congrega elementos da esfera da autocrítica e da desvalorização pessoal por sentimentos de insuficiência; sendo a Competência uma dimensão do CD-RISC que é definida pela noção de competência e tenacidade pessoais na procura de objetivos, existem evidências na literatura que servem de sugestão explicativa para este resultado. De acordo com Huprich (2003), perturbação depressiva de personalidade tem a sua variabilidade explicada por dois fatores essenciais: *Self-Consciousness* e *Tendermindedness*. Para os indivíduos com níveis elevados de *Self-Consciousness*, existe elevada probabilidade de se sentirem desconfortáveis e inferiores perto dos outros, encetando movimentos de isolamento; para valores baixos em *Tendermindedness*, o seu funcionamento parece basear-se em torno de crenças híper-rationais relativas à sua vivência, o que, se ligados ao desenvolvimento narcísico, poderão explicar a influência do modelo do fator Competência na Depressividade e nas Dimensões Depressão Essencial e Depressão de Fracasso. Os padrões marcados pela labilidade entre grandiosidade e inferioridade (Ronningstam, 2011), aliados a um funcionamento tendencialmente de inferioridade e de confiança nas capacidades racionais, assume-se como hipótese explicativa da ponderação do modelo baseado na dimensão Competência para os três fatores anunciados.

Para as dimensões Depressão Inibida – dimensão com características de funcionamento esquizoide e de inibição da agressividade – e Depressão Perfeccionista – ligada a noções de obsessividade e rigidez, apesar de contemplar certos aspetos adaptativos -, o modelo que surge como preditor da variação dos resultados é composto unicamente pelo fator Total CD-RISC, sendo este fator uma medida do nível de resiliência. Assim, e de acordo com Wagnild e Collins (2009), parece que o nível de resiliência, enquanto fator protetor, permite predizer a variação nas dimensões Depressão Inibida e Depressão Perfeccionista. São fatores que se coadunam com as características do

funcionamento internalizante (Biasi et al., 2017), com tendências inibitórias da agressividade e o cariz rígido e obsessivo que tentam utilizar enquanto traço adaptativo.

A variação dos resultados na dimensão Depressão Relacional é explicada por um modelo composto pelas dimensões Competência e Influência Espiritual. Segundo Paine e Sandage (2017), a ligação entre a espiritualidade e a sintomatologia depressiva tem resultados contrários na literatura: por um lado, a relação positiva com a espiritualidade pode servir de mediador e atenuante ao surgimento e manutenção da depressão, enquanto que, por outro lado, uma relação negativa e causadora de sofrimento psicológico pode servir como fator de risco para esta patologia. Na mesma linha, Van Dierendonck (2012) afirma existir uma influência da espiritualidade na integração do *self*, da qual faz parte a Competência (CD-RISC). Assim, o modelo constituído pelos fatores Competência e Influência Espiritual parece explicar a variabilidade dos resultados da Depressão Relacional através do abandono, podendo este decorrer da espiritualidade ou ser atenuado por esta variável, sendo que a Competência parece constar deste modelo em relação com as questões da interessoalidade e da noção de autocompetência que infere das relações (ou falta delas).

### *5.3.2. Análise das Dimensões de Resiliência que Predizem a Depressividade e as suas Dimensões no Grupo Externalizante*

Para o grupo externalizante, há que referir, em primeiro lugar, que a dimensão Competência (CD-RISC) se assume como marcador não-específico para a variação dos resultados da Depressividade e das suas dimensões, surgindo ora como integrante do modelo explicativo dos resultados ora como constituinte único de outros modelos. A dimensão Competência parece, desta forma, ser particularmente importante para o funcionamento externalizante. De acordo com Chi, Kim, e Kim (2016), crianças com níveis baixos de competência emocional – referente à sua avaliação da própria capacidade – têm elevadas probabilidades de desenvolver comportamentos internalizantes e, não os ultrapassando, de os expressar pela via externalizante. Assim, os resultados nas dimensões Depressão Inibida, Depressão de Fracasso e Depressão Relacional (ITD) são preditas por um modelo de fator único Competência. Nos termos do funcionamento externalizante, as dimensões da depressividade parecem, em conjunto, criar uma tendência compósita predita pela Competência. Desta forma, a Competência parece predizer os resultados da depressividade num fator híbrido, composto por características esquizoides e inibitórias da agressividade com ligações às relações interpessoais, causadoras de sentimentos da ordem anaclítica e, em simultâneo, da autocrítica, isto é, o

fator Competência parece exercer influência na esfera relacional dos indivíduos de funcionamento externalizante, que poderão estar relacionados com sentimentos de autocritica – mesmo que seja um comportamento mais associado ao funcionamento internalizante (Campos et al., 2014) – e, conseqüentemente, abandono (Wolchik et al., 2002).

Neste grupo, denotam-se duas tendências em termos de modelos explicativos de resultados: a primeira, já descrita, com a dimensão Competência como único fator integrante do modelo; a segunda, composta – apesar de em ponderações diferentes – pelas dimensões Competência, Influência Espiritual e Confiança.

O segundo padrão de modelo explicativo, composto pelas dimensões Competência, Influência Espiritual e Confiança (CD-RISC), explica a variabilidade dos resultados nas dimensões ITD Total, Depressão Essencial e Depressão Perfeccionista. A Influência Espiritual, como referido para o grupo internalizante, parece poder influenciar as características depressivas (Paine & Sandage, 2017), o que serviria de ligação entre esta variável e as dimensões ITD Total e Depressão Essencial. Para a Influência Espiritual, Crosby, Bates e Twohig (2011) argumentam existir uma relação entre o Perfeccionismo e a espiritualidade, sugerindo que o lado desadequado à realidade do perfeccionismo se encontra correlacionado com a orientação por fatores extrínsecos e ligados à espiritualidade; Crosby et al. (2011) adicionam ainda que esta relação entre as variáveis é mediada pela rigidez psicológica, uma característica também englobada na Depressão Perfeccionista. Por seu turno, a dimensão Confiança parece ser particularmente importante para os indivíduos externalizantes. De acordo com Donnellan et al. (2005), concepções baixas de confiança predizem comportamentos agressivos, antissociais e mesmo delinquência – os *outcomes* patológicos mais comuns da esfera externalizante., o que poderá colocar a descoberto traços de gênese depressiva. A Competência, por fim, parece estabelecer uma ligação com o ITD Total e com a Depressão Essencial que se baseia em: baixos níveis de competência percebida parecem corresponder a traços predisponentes para patologias depressivas (Williams & Galliher, 2006). Em relação à Depressão Perfeccionista, a influência da dimensão Competência parece fazer-se sentir nos comportamentos de constante aperfeiçoamento, de modo a atingir valores elevados nos níveis percebidos de competência (McArdle, 2010).



## *Conclusões*

O presente trabalho pretende estudar a depressividade (ITD Total e as suas dimensões) e a resiliência (Total CD-RISC e as suas dimensões) e a sua expressão em indivíduos de funcionamentos internalizante e externalizante, integrante da população universitária portuguesa. O trabalho incide sobre a parte normativa da população (i.e. sem patologia). Estes conceitos aparentemente contrários são importantes para a compreensão do decurso da saúde mental (IIntema et al., 2019). Neste caso particular, a contribuição foi no sentido de aumentar a compreensão sobre a população universitária, população que, de acordo com a literatura internacional, reporta níveis cada vez mais elevados de prevalência de doenças mentais e encontra na resiliência um importante fator de proteção (Hamdan-Mansour et al., 2014).

Apesar do crescente volume de literatura referente a este tema, não são encontrados estudos, em Portugal, que tenham em conta variáveis individuais (e.g. traços de personalidade) que possam atuar como fatores predisponentes de doenças mentais. Por outro lado, as intervenções ao nível da prevenção são ainda poucas e ao nível local (Almeida, 2018). Mais que isto, a literatura aponta ainda no sentido dos benefícios dos treinos de resiliência (Robertson, 2015), resultando em benefícios na perceção subjetiva de saúde mental e ganhos psicossociais. Por outro lado, várias iniciativas relativas à saúde mental dos portugueses (e também da população universitária portuguesa) têm sido criadas, como os questionários acerca da perceção de saúde mental do Fórum Nacional de Estudantes de Saúde e da Associação Nacional de Estudantes de Psicologia.

Em relação ao trabalho realizado, os resultados da distribuição dos valores médios por grupo parecem ir contra o descrito na literatura (i.e. as diferenças encontradas na distribuição dos valores médios da depressividade e suas dimensões apenas reportam serem maiores numa dimensão e para o grupo externalizante; na distribuição dos valores médios de resiliência e das suas dimensões, a diferença encontrada é referente ao grupo internalizante), o que poderá dever-se a duas das limitações que abaixo são descritas (a conceptualização teórica dos grupos internalizante e externalizante e o tamanho da amostra). De mencionar também é a associação entre as variáveis depressividade (e respetivas dimensões) e resiliência-traço (e dimensões), que, mesmo entre os grupos, parecem manter mesma a tendência de relação (i.e. correlação negativa), apesar desta relação ser mais consistente (i.e. correlação significativa e de sentido negativo entre todas as dimensões de ambos os instrumentos, excetuando a Influência Espiritual), o que pode significar que a resiliência se afigura como um melhor fator protetor para indivíduos de

funcionamento internalizante. Finalmente, os modelos de predição parecem ter um resultado particularmente interessante, sendo ele a tendência de dois fatores de depressividade no grupo externalizante, o que parece ser um resultado novo na literatura.

São indicadas de seguida as limitações do presente trabalho. A primeira limitação prende-se com a amostra, que é uma amostra de conveniência recolhida pelo método “bola de neve”. Por esta razão, e pela quantidade reduzida de indivíduos – especialmente se estivermos a referir-nos ao número de participantes alocados em cada grupo – os resultados acima discutidos não podem ser generalizados para a população normativa, universitária portuguesa por falta de representatividade.

Outra limitação está relacionada com a extensão do protocolo que, demorando cerca de 1:30h a ser devidamente preenchido, poderá ser razão para que alguns itens ou instrumentos não sejam respondidos ou para que exista uma tendência à repetição de respostas. Mais ainda, na eventualidade do protocolo ser preenchido ao longo de dias, os estados emocionais e as disposições do indivíduo poderão mudar, o que poderá alterar os padrões de resposta.

Relativamente aos métodos de análise de dados, as variáveis sociodemográficas, como o sexo, não foram controladas aquando da realização dos métodos de predição (apenas a escolaridade no momento de definição da amostra), o que pode ter tido influência nos resultados apresentados. Por outro lado, e também referente à análise de dados, apenas foram consideradas as dimensões do PID-5, por exemplo, sendo que, utilizando as facetas decorrentes desse instrumento, pode realizar-se uma análise mais fina, o que é particularmente importante para os modelos preditivos.

Este estudo utiliza como variável grupal uma conceptualização teórica dos funcionamentos internalizante e externalizante, não tendo sido utilizado, neste estudo, nenhum instrumento de avaliação que possa sustentar e confirmar a divisão dos grupos. Alguns resultados podem ser enviesados devido ao tamanho da amostra em relação com a quantidade de fatores; em particular, na análise regressiva, isto pode ser uma questão que aumenta o nível de predição dos modelos face às variáveis.

No que toca a estudos futuros, a linha de investigação que aqui se propõe, se continuada, pode ter grande utilidade na fundamentação da criação de modelos de treino de resiliência, permitindo uma promoção da saúde mental. Em sugestões propriamente ditas, seria interessante incluir e controlar variáveis sociodemográficas, como o sexo ou o nível socioeconómico, de modo a ter uma compreensão mais específica e transversalmente adaptada ao contexto português, o que pode permitir a sinalização e

conceptualização abrangente de situações ou constelações de situações precipitantes de patologia mental. Seria também interessante incluir, em resposta a uma das limitações desta investigação, instrumentos de avaliação dos tipos de funcionamento internalizante e externalizante, o que poderá dar robustez aos resultados. Na mesma linha, faz sentido inserir índices de aproveitamento acadêmico (na população universitária) ou de aproveitamento profissional, por forma a poder compreender a real influência da relação entre a depressividade e a resiliência. De realçar também a conceptualização da depressividade e dos estilos internalizante e externalizante num contínuo entre a personalidade normativa e a patologia; neste sentido, é estimulante incluir num desenho de investigação similar o conceito de fator P (Patologia), possibilitando a aferição de traços predisponentes à patologia na população normativa.

Para concluir, a investigação dos traços de personalidade nas dimensões próximas do real do funcionamento é uma parte fulcral da ciência psicológica. Apesar do interesse para a psicoterapia se dever circunscrever ao “aqui e agora” do espaço relacional coconstruído com o paciente, a conceptualização das estruturas de personalidade e dos funcionamentos por elas estabelecidos funcionam como um útil mapa teórico que, em conjunto com modelos de intervenção, proporciona uma escolha informada das vias a seguir na psicoterapia. Ao mesmo tempo, é importante deixar a nota de que os traços de personalidade e os diagnósticos de patologias mentais não podem ser vistos como rótulos intransponíveis, mas como indícios da história de sucessivas adaptações de cada paciente, cabendo aos psicólogos e psicoterapeutas olhá-las não como problemas, mas como sugestões de melhoria.

## Referências bibliográficas

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301. doi.org/10.1037/0033-2909.85.6.1275
- Ahmedani, B. K. (2011). Mental health stigma: Society, individuals, and the profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 8(2), 41-416.
- Almeida, J. M. C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Arnett, J. J., & Jensen, L. A. (2002). A congregation of one: Individualized religious beliefs among emerging adults. *Journal of Adolescent Research*, 17(5), 451-467. doi.org/10.1177/0743558402175002
- Arnett, J. J. (2010). Emerging adulthood (s). In L. A. Jensen *Bridging cultural and developmental approaches to psychology: New syntheses in theory, research, and policy*, 255-275.
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. UK: Oxford University Press.
- Barry, C. M., & Nelson, L. J. (2005). The role of religion in the transition to adulthood for young emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(3), 245-255. doi.org/10.1007/s10964-005-4308-1
- Bayer, J. K., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Price, A., & Wake, M. (2008). Early childhood aetiology of mental health problems: a longitudinal population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1166-1174. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01943.x
- Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(6), 542-559. doi.org/10.1016/j.appdev.2006.08.002
- Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2009). Early childhood aetiology of internalising difficulties: A longitudinal community study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(1), 4-14. doi.org/10.1080/14623730.2009.9721777
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782-787. doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011

- Biasi, V., Patrizi, N., Mosca, M., & De Vincenzo, C. (2017). The effectiveness of university counselling for improving academic outcomes and well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 45(3), 248-257. doi.org/10.1080/03069885.2016.1263826
- Billari, F. C., & Liefbroer, A. C. (2010). Towards a new pattern of transition to adulthood?. *Advances in Life Course Research*, 15(2-3), 59-75. doi.org/10.1016/j.alcr.2010.10.003
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. In J. Raphael-Leff (Ed.), *Parent-infant psychodynamics: wild things, mirrors and ghosts*, 74-82. London: Routledge.
- Blatt, S. J. (2004). Theoretical formulations and clinical examples of anaclitic and introjective depression. In S. Blatt (Ed.), *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington: American Psychological Association.
- Booth, J. W., & Neill, J. T. (2017). Coping strategies and the development of psychological resilience. *Journal of Outdoor and Environmental Education*, 20(1), 47-54. doi.org/10.1007/BF03401002
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632. doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., ... & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 225, 97-103. doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044
- Buss, D. M. (2008). Human nature and individual differences. In O. John, R. Robins & L. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research*, 29, 60. New York: Guilford Press.
- Campos, R. C. (2008). Depressão, personalidade e dimensionalidade do fenómeno depressivo. *Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-UE)*. Universidade de Évora.

- Campos, R. C. (2013). Conceptualization and preliminary validation of a depressive personality concept. *Psychoanalytic Psychology*, 30(4), 601-620. doi.org/10.1037/a0033961
- Campos, R. C. (2015). Inventário de traços depressivos: Manual técnico. *Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-UE)*. Universidade de Évora.
- Campos, R. C., Besser, A., Morgado, C., & Blatt, S. J. (2014). Self-criticism, dependency, and adolescents' externalising and internalising problems. *Clinical Psychologist*, 18(1), 21-32. doi.org/10.1111/cp.12024
- Causadias, J. M., Salvatore, J. E., & Sroufe, L. A. (2012). Early patterns of self-regulation as risk and promotive factors in development: A longitudinal study from childhood to adulthood in a high-risk sample. *International Journal of Behavioral Development*, 36(4), 293-302. doi.org/10.1177/0165025412444076
- Ceyhan, A. A., Ceyhan, E., & Kurtyılmaz, Y. (2009). Investigation of University Students' Depression. *Egitim Arastirmalari-Eurasian Journal of Educational Research (EJER)*, 36, 75-90.
- Chamorro-Premuzic, T. (2011). *Personality and individual differences*. London: BPS Blackwell.
- Coimbra de Matos, A. (1999). Ser único e ter rosto: o binómio resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(1), 11-21.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2014). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. doi.org/10.1002/da.10113
- Corrigan, P. W., Mittal, D., Reaves, C. M., Haynes, T. F., Han, X., Morris, S., & Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry research*, 218(1-2), 35-38. doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028
- Costa, P., & McCrae, R. (1986). Personality stability and its implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 6(5), 407-423. doi.org/10.1016/0272-7358(86)90029-2

- Costa, P., & McCrae, R. (2005). A Five-Factor Model perspective on personality disorders. In S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology*, 257-270.
- Cramer, P., Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (1988). Defense mechanisms in the anaclitic and introjective personality configuration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 610. doi.org/10.1037/0022-006X.56.4.610
- Crosby, J. M., Bates, S. C., & Twohig, M. P. (2011). Examination of the relationship between perfectionism and religiosity as mediated by psychological inflexibility. *Current Psychology*, 30(2), 117-129. doi.org/10.1007/s12144-011-9104-3
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological science*, 16(4), 328-335. doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x
- Edward, K. L. (2005). Resilience: A protector from depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(4), 241-243. doi.org/10.1177/1078390305281177
- Faria-Anjos, J., Ribeiro, M. T., & Ribeiro, M. (2011). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Portuguese population. *Psychiatric research*. doi.org/10.2224/sbp.2007.35.1.19
- Farmer, R. F., Seeley, J. R., Kosty, D. B., & Lewinsohn, P. M. (2009). Refinements in the hierarchical structure of externalizing psychiatric disorders: Patterns of lifetime liability from mid-adolescence through early adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 699-710. doi.org/10.1037/a0017205
- Forbush, K. T., & Watson, D. (2013). The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychological medicine*, 43(1), 97-108. doi.org/10.1017/S0033291712001092
- Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C., & Tashiro, T. (2009). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 450-460. doi.org/10.1037/a0016412
- Friedberg, A., & Malefakis, D. (2018). Resilience, trauma, and coping. *Psychodynamic psychiatry*, 46(1), 81-113. doi.org/10.1521/pdps.2018.46.1.81

- Gaumon, S., & Paquette, D. (2013). The father–child activation relationship and internalising disorders at preschool age. *Early Child Development and Care*, 183(3-4), 447-463. doi.org/10.1080/03004430.2012.711593
- Gold, M. (1958). Suicide, homicide, and the socialization of aggression. *American Journal of Sociology*, 63(6), 651-661. doi.org/10.1086/222360
- Gong, Y., Shi, J., Ding, H., Zhang, M., Kang, C., Wang, K., ... & Han, J. (2020). Personality traits and depressive symptoms: The moderating and mediating effects of resilience in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 265, 611-617. doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.102
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004). Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalising disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 874-883. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00279.x
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401. doi.org/10.1177/2167702614536164
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Jokela, M. (2015). Personality and depressive symptoms: Individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depression and Anxiety*, 32(7), 461-470. doi.org/10.1002/da.22376
- Hamdan-Mansour, A. M., Azzeghaiby, S. N., Alzoghaibi, I. N., Al Badawi, T. H., Nassar, O. S., & Shaheen, A. M. (2014). Correlates of resilience among university students. *American Journal of Nursing Research*, 2(4), 74-79. doi.org/10.12691/ajnr-2-4-4
- Hammerton, G., Edwards, A. C., Mahedy, L., Murray, J., Maughan, B., Kendler, K. S., ... & Heron, J. (2020). Externalising pathways to alcohol-related problems in emerging adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(6), 721-731 doi.org/10.1111/jcpp.13167
- Harvey, S. B., Glozier, N., Henderson, M., Allaway, S., Litchfield, P., Holland-Elliott, K., & Hotopf, M. (2011). Depression and work performance: an ecological study using web-based screening. *Occupational medicine*, 61(3), 209-211. doi.org/10.1093/occmed/kqr020



- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265. doi.org/10.1177/070674371105600504
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76,18-27. doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039
- Huprich, S. K. (2003). Evaluating facet-level predictions and construct validity of depressive personality disorder. *Journal of personality disorders*, 17(3), 219-232. doi.org/10.1521/pedi.17.3.219.22149
- Hysenbegasi, A., Hass, S. & Rowland, C., (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, 145-151.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of psychiatric research*, 47(3), 391-400 doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015
- Ijadi-Maghsoodi, R., Marlotte, L., Garcia, E., Aralis, H., Lester, P., Escudero, P., & Kataoka, S. (2017). Adapting and implementing a school-based resilience-building curriculum among low-income racial and ethnic minority students. *Contemporary school psychology*, 21(3), 223-239. doi.org/10.1007/s40688-017-0134-1
- IIntema, R. C., Burger, Y. D., & Schaufeli, W. B. (2019). Reviewing the labyrinth of psychological resilience: Establishing criteria for resilience-building programs. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 71(4), 288-304. doi.org/10.1037/cpb0000147
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, 67(3), 231-243. doi.org/10.1037/a0025957
- Jose, P. E., Wilkins, H., & Spindelw, J. S. (2012). Does social anxiety predict rumination and co-rumination among adolescents?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 86-91. doi.org/10.1080/15374416.2012.632346
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95. doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95

- Klein, D. N., & Miller, G. A. (1993). Depressive personality in nonclinical subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1718–1724. doi.org/10.1176/ajp.150.11.1718
- Klein, D. N., Durbin, C. E., Shankman, S. A., & Santiago, N. J. (2002). Depression and personality. In I. Gotlib & C. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*, 2, 93-113.
- Klein, D. N., Durbin, C. E., & Shankman, S. A. (2009). Personality and mood disorders. In I. Gotlib & C. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*, 2, 93-112.
- Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269-295. doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540
- Klein, M. (2002). The depressive position. In H. Segal (Ed.), *Introduction to the work of Melanie Klein*. London: Karnac Books.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821. doi.org/10.1037/a0020327
- Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt, T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., ... Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. doi.org/10.1037/abn0000258
- Knežević, M. (2018). When do we become adults? Review of theory, research and recent advances from an interdisciplinary perspective. *Psihologijske Teme*, 27(2), 267-289. doi.org/10.31820/pt.27.2.7
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. doi.org/10.1017/S0033291711002674
- Lemery-Chalfant, K. (2010). Genes and environments: How they work together to promote resilience. In J. Reich, A. Zautra & J. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience*, 55-78. New York: Guilford Press.

- Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, W., & Barton, R. (1980). Social competence and depression: the role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(2), 203-212. doi.org/10.1037/0021-843X.89.2.203
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562. doi.org/10.1111/1467-8624.00164
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression: A global public health concern*. doi.org/10.1037/e517532013-004
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930. doi.org/10.1017/S0954579407000442
- Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (p. 213–237). New York: Guilford Press.
- McAdams, D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality development: Continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517-542. doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100507
- McArdle, S. (2010). Exploring domain-specific perfectionism. *Journal of Personality*, 78(2), 493-508. doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00624.x
- McDonnell, S., & Semkovska, M. (2020). Resilience as mediator between extraversion, neuroticism, and depressive symptoms in university students. *Journal of Positive School Psychology & Wellbeing*, 4(1), 26-40.
- Meehan, K. B., De Panfilis, C., Cain, N. M., & Clarkin, J. F. (2013). Effortful control and externalizing problems in young adults. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 553-558. doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.019
- Miller, J. D., & Pilkonis, P. A. (2006). Neuroticism and affective instability: the same or different?. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 839-845. doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.A64
- Millon, T. (1996). *Personality and psychopathology: Building a clinical science: Selected papers of Theodore Millon*. New Jersey: John Wiley & Sons.

- Mischel, W. (1996). Introduction. In W. Mischel (Ed.), *Personality and Assessment*, 1-11. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (Obra original publicada em 1968).
- Naragon-Gainey, K., & Watson, D. (2018). What lies beyond neuroticism? An examination of the unique contributions of social-cognitive vulnerabilities to internalizing disorders. *Assessment*, 25(2), 143-158. doi.org/10.1177/1073191116659741
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Chow, S. M. (2010). Positive emotions as a basic building block of resilience in adulthood. *Handbook of adult resilience*, 81-93.
- Ormel, J. & de Jong, A. (1999) On vulnerability to common mental disorders. An evidence-based plea for a developmental perspective. In Michele T. & Graham T. (Eds.), *Common mental disorders in primary care: Essays in honour of professor Sir David Goldberg*, 33-51. London: Routledge.
- Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., & Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127, 54-60. doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.048
- Paine, D. R., & Sandage, S. J. (2017). Religious involvement and depression: The mediating effect of relational spirituality. *Journal of Religion and Health*, 56(1), 269-283. doi.org/10.1007/s10943-016-0282-z
- Park, J., & Naragon-Gainey, K. (2019). Is more emotional clarity always better? An examination of curvilinear and moderated associations between emotional clarity and internalising symptoms. *Cognition and Emotion*, 34(2). doi.org/10.1080/02699931.2019.1621803
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*, 39(5), 503-511. doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9
- Perera, S., Crewther, D., Croft, R., Keage, H., Hermens, D., & Clark, C. R. (2012). Comorbid externalising behaviour in AD/HD: evidence for a distinct pathological entity in adolescence. *PloS One*, 7(9), e41407. doi.org/10.1371/journal.pone.0041407
- Pidgeon, A. M., Coast, G., Coast, G., Coast, G., & Coast, G. (2014). Examining characteristics of resilience among university students: An international study. *Open Journal of Social Sciences*, 2(11), 14-22. 10.4236/jss.2014.211003

- Pires, R., Ferreira, A. S., Guedes, D., Gonçalves, B., & Henriques-Calado, J. (2018). Estudo das Propriedades Psicométricas - Formas Longa, Reduzida e Breve - da Versão Portuguesa do Inventário da Personalidade para o DSM-5 (PID-5). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 47(2), 197-212. doi:10.21865/RIDEP47.2.14
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: the protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*, 64, 89-100. doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877. doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Prout, T. A., Malone, A., Rice, T., & Hoffman, L. (2019). Resilience, defense mechanisms, and implicit emotion regulation in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(4), 235-244. doi.org/10.1007/s10879-019-09423-w
- Reivich, K., Gillham, J. E., Chaplin, T. M., & Seligman, M. E. (2013). From helplessness to optimism: The role of resilience in treating and preventing depression in youth. In *Handbook of resilience in children* (pp. 201-214). Springer, Boston, MA.
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice®*, 17(2), 89-99. doi.org/10.1097/01.pra.0000396060.67150.40
- Sabshin, M. (2005). Concepts of normality and the classification of psychopathology. In S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology*, 229-237.
- Sallis, H., Szekely, E., Neumann, A., Jolicoeur-Martineau, A., van IJzendoorn, M., Hillegers, M., ... & Wazana, A. (2019). General psychopathology, internalising and externalising in children and functional outcomes in late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(11), 1183-1190. doi.org/10.1111/jcpp.13067
- Schwaba, T., & Bleidorn, W. (2018). Individual differences in personality change across the adult life span. *Journal of Personality*, 86(3), 450-464. doi.org/10.1111/jopy.12327
- Shastri, P. C. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 224-234. doi.org/10.4103/0019-5545.117134

- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 22-45. doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.002
- Shebuski, K., Bowie, J. A., & Ashby, J. S. (2020). Self-Compassion, Trait Resilience, and Trauma Exposure in Undergraduate Students. *Journal of College Counseling*, 23(1), 2-14. doi.org/10.1002/jocc.12145
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., & Wells, K. B. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 345–355. doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.345
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202-215. doi.org/10.1080/18374905.2014.11081898
- Skodol, A. (2010). The resilient personality. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (p. 112–122). New York: Guilford Press.
- Sletta, O., Valås, H., Skaalvik, E., & Søbstad, F. (1996). Peer relations, loneliness, and self-perceptions in school-aged children. *British Journal of Educational Psychology*, 66(4), 431-445. doi.org/10.1111/j.2044-8279.1996.tb01210.x
- Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 725-732. doi.org/10.1111/eip.12726
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Mood lability and psychopathology in youth. *Psychological Medicine*, 39(8), 1237-1245. doi.org/10.1017/S0033291708004662
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 404-412. doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f30
- Thimm, J.C., Jordan, S. & Bach, B. The Personality Inventory for DSM-5 Short Form (PID-5-SF): psychometric properties and association with big five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychol* 4, 61 (2016). https://doi.org/10.1186/s40359-016-0169-5

- Topham, P., & Moller, N. (2011). New students' psychological well-being and its relation to first year academic performance in a UK university. *Counselling and Psychotherapy Research, 11*(3), 196-203. doi.org/10.1080/14733145.2010.519043
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. In S. Southwick, B. Litz, D. Charney & M. Friedman (Eds.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*, 30-44. UK: Cambridge University Press.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 44-50. doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.44
- Van Dierendonck, D. (2012). Spirituality as an essential determinant for the good life, its importance relative to self-determinant psychological needs. *Journal of Happiness Studies, 13*(4), 685-700. doi.org/10.1007/s10902-011-9286-2
- Vara, N., Fernandes, A., Queirós, C., & Pimentel, H. (2016). Resiliência e stress em estudantes universitários. In Ordem dos Psicólogos Portugueses (Eds.), *Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa 28 de setembro a 1 de outubro 2016*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Vredenburg, K., O'Brien, E., & Krames, L. (1988). Depression in college students: Personality and experiential factors. *Journal of Counseling Psychology, 35*(4), 419-425. doi.org/10.1037/0022-0167.35.4.419
- Wagnild, G. M., & Collins, J. A. (2009). Assessing resilience. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 47*(12), 28-33. doi.org/10.3928/02793695-20091103-01
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165-178.
- Waugh, C. E., Thompson, R. J., & Gotlib, I. H. (2011). Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion, 11*(5), 1059-1067. doi.org/10.1037/a0021786
- Weinberger, D. A. (1998). Defenses, personality structure, and development: Integrating psychodynamic theory into a typological approach to personality. *Journal of Personality, 66*(6), 1061-1080. doi.org/10.1111/1467-6494.00042
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119. doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y

- Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. In P. Mariotti (Ed.), *The maternal lineage: identification, desire, and transgenerational issues*, 59-66. London: Routledge.
- Wolchik, S. A., Tein, J. Y., Sandler, I. N., & Doyle, K. W. (2002). Fear of abandonment as a mediator of the relations between divorce stressors and mother-child relationship quality and children's adjustment problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 401-418. doi.org/10.1023/A:1015722109114
- Wright, L. E., & Seymour, C. B. (2009). The child's defense mechanisms: Regression, stress, and impediments to developmental capacity. In B. Garber (Ed.), *Theory, application, and the best interests of the child*, 95-104. Berlin: Springer
- Yook, K., Kim, K. H., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 623-628. doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.003
- Žunić-Pavlović, V., Pavlović, M., Kovačević-Lepojević, M., Glumbić, N., & Kovačević, R. (2013). The relationships between personal resiliency and externalising and internalising problems in adolescence. *Ceskoslovenska Psychologie*, 57(1), 1-14.
- Zuroff, D. C. (1994). Depressive personality styles and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 63(3), 453-472. doi.org/10.1207/s15327752jpa6303\_5